

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 — N° 45

LE

CANCER PRIMITIF DU POUMON

REMARQUES SÉMÉIOLOGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1930

PAR

André-Maurice-Henri LEGROSDIDIER

Né à TOULON (Var), le 8 Mai 1905

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

Examineurs de la Thèse :	MM.	
	CRUCHET	professeur. <i>Président</i>
	MAURIAC	professeur.
	CREYX	agrégé
	DELMAS-MARSALET	agrégé

Juges

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AÎNÉ

139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 — N° 45

LE

CANCER PRIMITIF DU POUMON

REMARQUES SÉMÉIOLOGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1930

PAR

André-Maurice-Henri LEGROSDIDIER

Né à TOULON (Var), le 8 Mai 1905

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

MM.

Examineurs de la Thèse :	{	CRUCHET	professeur. <i>Président</i>
		MAURIAC	professeur. {
		CREYX	agregé } <i>Juges</i>
		DELMAS-MARSALET	agregé

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AÎNÉ

139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1930



Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
LE DANTEC, DENIGÈS

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale { N. CASSAËT	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES
Clinique chirurgicale. { CHAVANNAZ BÉGOVIN	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales . CARLES	Clinique gynécologique GUYOT
Clinique d'accouchements ANDERODIAS	Clinique médicale des maladies des enfants CRUCHET
Anatomie pathologique et microscopie clinique SABRAZÈS	Chimie biologique et médicale. DELAUNAY
Anatomie VILLEMIN	Physique médicale et pharmac. SIGALAS
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques BONNIN
Physiologie PACHON	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .. PETGES
Hygiène AUCHE	Clinique des maladies des voies urinaires .. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie LANDE	Clinique des maladies nerveuses et mentales ABADIE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale. RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie.. PORTMANN
Chimie CHELLE	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT
Botanique et matière médicale.. BEILLE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie DUPOUY	
Zoologie et Parasitologie. MANDOU	
Médecine expérimentale MAURIAC	

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUBECQ	PAPIN
" DUFOUR	Chirurgie générale { JEANNENEY CHARRIER
Histologie LACOSTE	LOUBAT
Anatomie pathologique. MURATET	Obstétrique { PERY N.
Parasitologie et Sciences natur.. R. SIGALAS	Pharmacie GOLSE
CREYX	Ophtalmologie BEAUVIEUX
Médecine générale. { AUBERTIN	Dermatologie et Syphiligraphie.. JOULIA
DAMADE	Chimie générale pharmaceutique et toxicologique..... VITTE
PIECHAUD	
DELMAS-MARSALET	
Maladies mentales PERRENS	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire. CAVALIÉ	Démonstrations et préparations pharmaceutiques N.
Médecine opératoire... PAPIN	Pharmacie chimique... GOLSE
Accouchements..... N.	Zoologie et parasitologie R. SIGALAS
Ophtalmologie CABANNES	
Puériculture FAUGERE	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.. MM. N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et reeducation professionnelle..... GOURDON	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES PARENTS



A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

ANCIEN PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE ET DE PATHOLOGIE

EXOTIQUE A L'ÉCOLE D'APPLICATION

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CREYX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CRUCHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Nous voici au terme de nos études médicales.

L'ère des responsabilités commence pour nous et une certaine mélancolie nous étreint à voir nos années d'étudiant n'être plus que des souvenirs.

Avant d'emporter au loin, précieux bagage, l'enseignement de nos maîtres, nous leur exprimons ici notre gratitude : A nos professeurs du Lycée de Toulon, à nos maîtres de l'Ecole annexe de médecine navale et à ceux de la Faculté.

Nous tenons à remercier plus particulièrement M. le Professeur agrégé Creyx, dont nous avons toujours vivement apprécié les leçons, pour la bienveillance et la patience qu'il nous a prodiguées au cours de notre travail.

M. le Professeur Cruchet a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous lui adressons nos très vifs remerciements.

Que tous ceux qui ont concouru à notre formation morale, intellectuelle et scientifique, trouvent ici l'hommage de notre reconnaissance. Ils nous ont initié aux mystères de leur art et nous l'avons aimé à leur contact, parce que c'est celui qui console et qui guérit.

Tel est l'idéal que nous nous proposons désormais, nous nous efforcerons de l'atteindre et de le réaliser.

LE CANCER PRIMITIF DU POUMON

REMARQUES SÉMÉIOLOGIQUES

INTRODUCTION

Bayle a décrit le premier, en 1810, la « phtisie cancéreuse » (*Recherches sur la phtisie pulmonaire*. Delahays, Paris). Les observations en étaient très rares à cette époque.

Sans doute, depuis quelques années, en signale-t-on des cas de plus en plus nombreux et les travaux se multiplient qui traitent de cette affection. Le développement de nos moyens d'investigation explique la richesse de ces publications.

Cependant on retrouve dans la littérature médicale des descriptions très exactes, qui nous permettent de poser un diagnostic touchant des cas que les médecins d'alors considéraient avec surprise.

Corvisart, en 1855 (*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*. Delahays, Paris 1855), en avait rapporté une observation, et en connaissait deux autres comparables à la sienne : l'une du Professeur Lallemand, communiquée à l'École de médecine; l'autre de Boërhave, citée par Huguenin dans sa thèse (*Le cancer primitif du poumon*, p. 4).

Mais Bayle a eu le mérite d'isoler la « phtisie cancéreuse » de la phtisie pulmonaire. Il avait déjà noté « la gêne de la respiration, la toux du début, qui paraissent peu graves, les douleurs de poitrine passagères, mais plus ou moins insup-

portables (thèse Huguenin, p. 6). Laënnec (*Traité de l'auscultation médiate*, Paris 1826) en fait une entité morbide; Stokes (« Recherches sur la pathologie et le diagnostic du cancer du poulmon », *Dublin Journal of Med. Sciences*, 1842) en fixe le tableau symptomatologique, auquel Béhier et Andral (« Cancer du poulmon », *Gaz. des hôpitaux*, 1867, p. 177) apportent leur contribution; puis Jaccoud en fit une remarquable étude (*Cliniques médicales de la Charité* (Paris 1867) et de *Lariboisière* (1872).

Dans ces dernières années, nous citerons le mémoire de M^{lle} Cottin, Cramer et Saloz, paru dans les *Annales de médecine*, 1920 (t. VIII, p. 435); la leçon clinique de L. Ramond (« Cancer du poulmon », *Cliniques médicales pratiques*, 1^{re} série, p. 72, 1923) et la thèse si documentée de R. Huguenin (*Le cancer primitif du poulmon*, Paris 1928).

Aussi bien, ces différents auteurs ont étudié la question dans son ensemble et, après la thèse d'Huguenin, il peut paraître téméraire de vouloir y ajouter quelque nouveauté.

Nous nous proposons, quant à nous, d'étudier seulement la séméiologie du cancer primitif du poulmon.

Cette pneumopathie se manifeste par des symptômes dont quelques-uns sont discordants.

Nous essaierons de dégager de cette discordance même quelques caractères distinctifs qui permettent d'individualiser cliniquement cette affection et rendent son diagnostic plus aisé.

En l'absence de signes de certitude : Cellules néoplasiques dans les crachats, biopsie de fragments de tumeurs ou de ganglions, il existe des signes de grande probabilité que nous tâcherons de mettre en lumière au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

PRÉAMBULE ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

Nous avons l'intention, dans le présent travail, d'étudier surtout la séméiologie du cancer primitif du poumon; nous nous bornerons donc ici à un aperçu rapide portant sur le siège, sur l'aspect macroscopique et la texture microscopique de la tumeur.

REMARQUES ANATOMIQUES

Siège. — Le cancer primitif du poumon peut affecter n'importe quel territoire du parenchyme; sa fréquence à la base et, par contre, sa rareté au sommet sont notions courantes.

La plupart des observations se rapportent, en effet, à des tumeurs dont la radiographie ou l'autopsie ont démontré l'existence à la partie moyenne, ainsi qu'à la base du poumon. Mais on a signalé des cas de tumeurs du sommet. Dans le *Gann. Jap. J. Cancer Research* (Tokyo, 1924, t. XVIII, p. 40-42) nous avons trouvé deux cas de cancer primitif dérivés de l'apex, communiqués par Harada. Nous-même apportons une observation dans laquelle les signes localisés au début dans la région apicale gauche avaient fait penser à une tuberculose (Obs XIII).

En ce qui concerne le côté atteint, les statistiques sont loin de concorder; les unes révèlent une prédominance à droite, les autres à gauche.

Ferencyz, par exemple (« Ueber das primäre Lungenkarzinom », *Wien. Klin. Woch.*, 12 mai 1927, n° 19, p. 618), note

169 cas à droite et 110 à gauche; par contre, Dora Hauf en rapporte 95 à gauche contre 72 à droite (« Zur Frage der Zunahme der Lungenkrebse in den letzten Jahren ». *Virch. Arch.*, Bd. 264, H. 2, p. 366, 1927).

Des observations citées par Huguenin dans sa thèse, 23 concernent des tumeurs siégeant à droite, contre 16 à gauche. Nous-même relevons 14 cas à droite, contre 6 à gauche.

Nous pouvons donc admettre, avec la majorité des observateurs, une plus grande fréquence du côté droit.

Aspect macroscopique. — Le cancer primitif du poumon se présente sous des aspects très variables. Il peut constituer un bloc massif et dense (Obs. XI, XII, XV, XVI); il peut, au contraire, végéter sous forme de fines arborisations; nous rencontrons alors la tumeur localisée en masse à un lobe (Obs. VII, VIII, X, XIII) et, dans ces cas, nous la voyons engainée très étroitement par une gangue fibreuse épaisse, dans laquelle, à l'autopsie, on dut littéralement sculpter le poumon.

On trouve enfin la tumeur localisée à la partie moyenne et envahissant le médiastin (Obs. I, VIII, IX, XX, XXI).

De nombreux auteurs ont essayé d'établir diverses classifications du cancer primitif.

Beitzke, par exemple (*Pathologische Anatomie*. Von Aschoff, Iéna 1919), distingue deux types : Cancer diffus et cancer circonscrit. Le premier envahit de préférence les ganglions régionaux, le second envoie des métastases dans les organes les plus lointains. Hampeln (« Häufigkeit und Ursachen des primäre Lungencarcinoms » *Mitteil a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd. 36, p. 143, 1923) distingue une forme bronchique, une forme pleurale, une forme lobaire, une tumeur hilare et un type multinodulaire.

Nous constatons déjà que ces deux tableaux sont divergents; Huguenin (Thèse, p. 51) nous en donne l'explication : « S'il existe, à l'habitude, quelques rapports entre le type morphologique et la texture histologique, c'est sans doute moins pour des raisons d'histogenèse que pour d'autres motifs, où le mode d'accroissement tient une large place. Les schémas que l'on a

figurés pour classer les cancers du poumon ne semblent pas tenir compte de ce facteur, et cela explique que nos observations ne s'en puissent accommoder. »

Huguenin propose une classification anatomo-clinique qui comporte trois grands types (Thèse, p. 53) :

« Il (le cancer) est circonscrit et limité à un des lobes; il s'étale en larges nappes massives ou diffuses, qui atteignent à des degrés divers le poumon, ou bien vont envahir le médiastin, ou encore plus particulièrement la plèvre; il se présente plus rarement enfin sous un aspect nodulaire. »

Huguenin divise ensuite ces trois types en plusieurs formes :
Forme circonscrite, forme lobaire, forme massive, forme pleurale, forme médiastino-pulmonaire, forme nodulaire.

Nous nous rallierons à cette classification qui concorde mieux avec la symptomatologie. Mais la séméiologie qui nous occupera seule ici nous permet de simplifier encore, et nous distinguerons :

- Une forme pleuro-pulmonaire;
- Une forme parenchymateuse;
- Une forme médiastino-pulmonaire.

Bien qu'on ne puisse assembler les signes du cancer primitif du poumon dans un cadre trop restreint, il nous a semblé que certains groupements de symptômes se retrouvaient le plus souvent; c'est ce que nous essaierons de justifier au cours de notre étude.

CONSIDÉRATIONS HISTOLOGIQUES

Histologiquement, les tumeurs malignes primitives du poumon sont : l'épithélioma et, plus rarement, le sarcome.

Des classifications ont été proposées par de nombreux auteurs : Lichty, Wright et Baumgartner, De Vries, Baron, Ménétrier... Etudier ces classifications dépasserait le cadre que nous nous sommes tracé, aussi ne retiendrons-nous ici que la classification d'Huguenin :

Epithélioma malpighien ou paramalpighien.

Epithélioma cylindrique, qui peut être glandulaire et facilement atypique.

Epithélioma à petites cellules dont, à l'habitude, on retrouve l'origine aux dépens de cellules cubiques ou cylindriques.

Quant aux sarcomes, Huguenin qui les étudie dans un chapitre à part (Thèse, p. 86) dit qu'il n'a pas eu l'occasion d'en rencontrer, et « qu'au moins pour un certain nombre d'entre elles, les tumeurs que l'on a appelées sarcomes, ne sont que des épithéliomas remaniés », et il ajoute un peu plus loin (p. 92) : « Il est curieux que beaucoup d'auteurs aient basé leurs descriptions sur des éléments qu'ils qualifient eux-mêmes de très altérés ». Il conclut enfin à la grande rareté de ces sarcomes.

Notre but n'étant pas de discuter la prédominance de tel ou tel type histologique, nous adopterons sa conclusion à ce sujet. Nous ferons remarquer cependant que, sur nos 21 observations, nous avons deux sarcomes, dont un diagnostiqué par M. le Professeur Sabrazès; cela fait déjà une proportion de presque 10 pour 100, et tend à prouver que cette variété de tumeur n'est pas d'une aussi grande rareté.

Nous retiendrons qu'habituellement on a affaire à un épithélioma, mais le clinicien ne doit pas éloigner de sa pensée la possibilité d'un sarcome. Cela peut avoir une certaine importance thérapeutique; on connaît, en effet, la plus grande radiosensibilité des sarcomes. Mais, dans le doute, le médecin doit recourir à la roëntgenthérapie, dont bénéficient d'autres tumeurs, comme Huguenin le signale dans deux de ses observations (p. 267 et 281). Pierquin et Richard rapportent aussi les heureux résultats qu'ils en ont obtenu (*Arch. méd. et chir. de l'appareil respiratoire*, p. 412, 1926).

D'autre part, devant le polymorphisme des aspects tant macroscopique qu'histologique, nous nous en tiendrons à la classification que nous avons proposée de trois types cliniques :

Une forme pleuro-pulmonaire.

Une forme parenchymateuse.

Une forme médiastino-pulmonaire.

Cette classification nous paraît pouvoir satisfaire l'aphorisme de Corvisart (cité par Huguenin, Thèse, p. 97) : « Le plus désirable l'unique but même de la médecine pratique doit être, non pas de rechercher par une stérile curiosité ce que les cadavres peuvent offrir de singulier, mais de s'efforcer à reconnaître les maladies à des signes certains, à des symptômes constants. »

CHAPITRE II

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE

REMARQUES GÉNÉRALES. — Cette étude séméiologique comprendra deux parties :

Une partie analytique, dans laquelle nous énumérerons les symptômes selon l'ordre de fréquence qu'ils ont dans nos observations.

Une partie synthétique, où nous étudierons les groupements de symptômes que nous avons indiqués dans le Préambule anatomique et histologique.

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer tous les signes dans chaque cas.

Il est des cas très frustes, où la symptomatologie est réduite au minimum; dans notre Observation XX, par exemple, les signes se résument à quatre : Douleurs osseuses, température, adénopathies, amaigrissement.

William Stokes (traduit par H. Roger, *Archives générales de médecine*, 1842, 3^e série, t. XIV, p. 304) cite un cas de Morgagni remarquable par l'absence de la douleur, de la fièvre et de la toux.

D'autres fois, la symptomatologie est très riche, comme dans notre Observation VII, où nous trouvons : de la fièvre, des douleurs thoraciques, de la dyspnée, de la toux, une expectoration sanglante, des ganglions, un épanchement pleural et un héli-œdème thoracique.

Le début clinique peut être brutal et l'évolution brève (Obs. VII) ou bien s'étendre sur plusieurs mois, voire sur trois années (Obs. XVIII).

Dans l'étude analytique qui va suivre, nous envisageons successivement : les signes fonctionnels, les signes physiques et les signes généraux. Chacun de ces cas comprenant l'énumération des symptômes par ordre de fréquence.

PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE DES SYMPTOMES

I. — SIGNES FONCTIONNELS

Les signes fonctionnels dominent la scène, au moins au début; le malade qui vient consulter se plaint de toux, d'oppression, d'expectoration et de douleurs thoraciques ou osseuses.

Dyspnée. — La dyspnée est un phénomène à peu près constant, que Graves (*in* Thèse Leplat, Paris 1887, p. 22) qualifie « d'énorme », variant de l'oppression simple à l'orthopnée. Nous l'avons trouvée plus souvent (15 fois sur 21 observations) que les douleurs thoraciques.

Elle 'peut être plus précoce' (Obs. VI, VII, VIII) et attirer l'attention du malade, qui vient consulter parce qu'il est « court d'haleine » (Obs. XIX).

Huguenin (Thèse, p. 441) prétend que la dyspnée est plus tardive que la douleur. D'après nos observations, dyspnée et douleur thoracique n'ont entre elles aucun rapport chronologique; ce sont symptômes également précoces.

Allant jusqu'à l'orthopnée, à l'asphyxie, elle s'accompagne parfois de cyanose de la face, de turgescence des vaisseaux du cou. La dyspnée, qui au début survient principalement la nuit, croît en fréquence et en intensité dans les derniers jours de la maladie. Elle prive le malade de tout sommeil. Voici comment Levère la décrit dans sa thèse (*Cancer broncho-pulmonaire primitif*. Montpellier 1900, p. 31) : « Le tableau rappelle celui de la crise d'étouffement des asthmatiques. Le malade est sur son séant, le corps ployé en avant, cramponné, les yeux dilatés et injectés, la face turgescence, les lèvres cyanosées; il a la sensation navrante d'asphyxie imminente, le besoin d'air est impérieux, insatiable; les appels d'air sont convulsifs. »

Remarquons la disproportion de cette dyspnée si violente au regard d'une tumeur souvent localisée. Si on admet facilement que ce signe soit accusé quand le néoplasme a envahi le parenchyme dans sa totalité (Obs. XI), on comprend moins que la gêne respiratoire soit tout aussi intense dans un cas de tumeur localisée (Obs. X).

La plupart des auteurs invoquent pour expliquer cette discordance : la gêne circulatoire, l'obstacle à l'ampliation thoracique, le rétrécissement du champ de l'hématose. Il nous semble que l'on puisse envisager aussi l'hypothèse d'une irritation par la tumeur du système nerveux végétatif dans ses terminaisons respiratoires.

Toux. — La toux est un phénomène banal dans les affections pulmonaires, aussi ne doit-on pas lui accorder ici une grande valeur diagnostique.

Nous ne la rencontrons que dans 46 de nos observations, elle n'est donc pas absolument constante. Elle apparaît souvent en même temps que la dyspnée, et peut quelquefois être le premier symptôme (Obs. I, XIX).

Banale au début de son apparition, la toux devient par la suite incessante et rebelle (Obs. XI); elle peut être sèche, quinteuse (Obs. VII), procéder par accès (Obs. XVIII). Elle fatigue extrêmement le malade et, d'après Levère (Thèse, p. 32), elle est parfois émétisante. Tantôt elle est sèche (Obs. XXI), tantôt elle s'accompagne d'une expectoration muqueuse ou mucopurulente (Obs. IX) ou même sanglante (Obs. XI et XV) et devient plus pénible à mesure qu'évolue le cancer.

Elle fait souvent partie d'un ensemble symptomatique très riche (Obs. V); mais, dans d'autres cas, elle est un des rares symptômes révélateurs de la pneumopathie.

Dans notre Observation XXI, on trouvait seulement : toux, température, amaigrissement et douleurs osseuses.

En présence de cette éventualité, le conseil de Moses, cité par Huguenin (Thèse, p. 442), doit être retenu : « Lorsqu'une toux persistante, sans cause nette, s'accompagnera de quelque autre petit phénomène thoracique, d'une perte de poids, il faut songer au cancer du poulmon. »

Expectoration. — On serait tenté de croire que, dans le cancer du poumon comme dans beaucoup de pneumopathies, l'expectoration va révéler la nature exacte de la lésion.

Malheureusement il n'en est rien, et la présence de fragments de tumeur dans les crachats, voire même de cellules néoplasiques, a été bien rarement signalée. Nous sommes obligé de constater la carence presque constante de ce qui serait un des seuls signes de certitude.

Hyde Salter (*in* Thèse Levère, p. 34) « a observé une expectoration épaisse, crémeuse, formée de parcelles denses, compactes mais aérées, et qu'il compare à du veau cuit, mâché. »

Lancereaux (*Cancer encéphaloïde des poumons, généralisé dans le foie, la rate et les reins.* Soc. anat., 1858, p. 515) signale de petits grains « analogues à du tabac à priser ». Dans un autre cas, le malade rendit, dans un effort de toux, « un fragment de tumeur semblable à de la cervelle » qui lui fit poser immédiatement le diagnostic.

Claissé a trouvé des bourgeons néoplasiques qu'il soumit à l'examen microscopique et qui furent reconnus épithéliomateux (*Diagnostic précoce du cancer du poumon par l'étude histologique des crachats.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1899, p. 46).

Plus récemment, deux auteurs espagnols, Trivino et Medinaveitia, rapportent à l'Académie médico-chirurgicale espagnole, le premier deux cas, le second trois cas de cancer primitif du poumon. Ces deux auteurs ont trouvé dans les crachats de leurs malades des cellules néoplasiques (*Archivos de med., cir. y especialidades.* Madrid, 28 avril 1923).

Il serait donc vain de chercher des débris cancéreux dans une expectoration banale, muco-purulente ou franchement purulente qui reste sans caractère spécifique. Ces constatations tiennent à ce que la tumeur est le plus souvent encapsulée et ne s'élimine pas dans l'expectoration. « Si même la tumeur est ulcérée, dit Huguenin (Thèse, p. 114), la nécrose des cellules bordant la cavité est si avancée que les éléments désagrégés sont totalement méconnaissables. »

Ces nécroses sont favorisées par une infection surajoutée dont le germe se retrouve dans l'expectoration : streptocoque, coccobacille de type Pfeiffer et diplocoque à type pneumocoque (Obs. XIX)

C'est l'infection qui est en cause dans le cas rapporté par Bezançon, Azoulay et Duruy à la Société médicale des Hôpitaux de Paris en décembre 1929 (p. 1478) et qui communiquait à l'haleine du malade une fétidité manifeste.

Hémoptysies. — L'étymologie (*Haïma*, sang et *ptuô*, je crache) nous permet d'envisager ici tout rejet de sang, faible ou abondant, pur ou mêlé à d'autres expectorations. Lorsque cette émission se répète, elle acquiert une valeur séméiologique qui n'est pas à négliger.

« Le sang rejeté, dit Huguenin (Thèse, p. 118), ne vient pas forcément des vaisseaux ulcérés de la tumeur elle-même; il peut venir du voisinage, de zones congestives ou inflammatoires péri-tumorales; de bronches ectasiées, ulcérées; il peut venir encore de la coque scléreuse péri-néoplasique, souvent bourrée de capillaires nombreux et largement dilatés, à tel point qu'elle peut affecter un aspect angiomateux, très semblable à celui qu'offrent les parois fibreuses de beaucoup de cavernes tuberculeuses. »

Nous avons trouvé l'hémoptysie plus fréquemment que le simple crachat muqueux banal. Elle est notée, en effet, dans 12 de nos observations, alors que l'expectoration muqueuse ou muco-purulente n'est signalée que 10 fois.

Le sang teinte légèrement les crachats (Obs. X), il n'apparaît que par moments dans l'expectoration (Obs. III) ou se manifeste sous forme « d'expectoration de sang rouge clair », comme dans notre Observation XIV.

Absent au début, il peut n'apparaître que par la suite, et constituer une vomique terminale (Obs. XVII). Nous rapportons aussi le cas du malade du docteur Bonnel (Obs. IX) publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* de 1926 (p. 607), malade qui est pris, quatre jours avant sa mort, « d'une sorte de vomique et expectore, à pleins crachoirs, des crachats roses, visqueux, épais, d'aspect *gelée de groseille*. »

C'est le seul cas où nous ayons relevé une expectoration offrant les caractères que lui fixait Germain Sée en 1855 (*Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*, p. 472). Le crachat « est d'une consistance gélatineuse, formant dans le crachoir une masse demi molle, tremblotante, ni visqueux ni adhérent comme le crachat pneumonique. Il est d'une couleur rosée mais non rouillée ni briquetée. Il est homogène, presque transparent, comme une gelée bien faite. Il ne ressemble ni aux crachats de la pneumonie, ni aux crachats de l'apoplexie pulmonaire. »

Huguenin attaque d'ailleurs (Thèse, p. 120) cette description du crachat « gelée de groseille ». Il rapporte que les auteurs anglais le décrivent comme formant une « gelée de groseille noire », les Américains « gelée de framboise », et lui-même l'appelle « gelée de cassis ».

Le nombre de ces images met en évidence combien la coloration du sang peut être variable; le seul point sur lequel tous les auteurs sont d'accord est sa consistance et son aspect gélatineux. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver une expectoration rouge vif ni gelée de groseille, qui est plutôt une rareté.

En somme, l'hémoptysie est fréquente dans le cancer du poumon, mais elle n'a aucun caractère qui soit propre à l'affection originelle. Sa répétition lui confère une certaine valeur et, jointe aux autres signes, elle peut mettre le médecin sur la voie du diagnostic.

Douleur thoracique. — La douleur thoracique est un signe moins constant et souvent moins précoce que la dyspnée. Nous la trouvons seulement dans 10 de nos observations.

D'après les nombreux auteurs qui se sont occupés du cancer primitif du poumon, elle peut revêtir des modalités très variées. Elle est continue, tenace ou intermittente. La toux, les mouvements, l'extension inspiratoire du thorax en exagèrent l'intensité : dans l'Observation X, elle oblige le malade à cesser son travail.

⁶ Localisée en un point variable de la poitrine, elle prend le

type en ceinture, en vrille, et, siégeant sur le trajet d'un nerf intercostal, elle simule le point de côté de la pleurodynie (Thèse Levère, Obs. 7, p. 71).

Les malades dont nous rapportons l'observation se plaignaient, au début tout au moins, d'un « point de côté », sans préciser davantage le caractère de leur douleur (Obs. IX, X); la douleur ne devenait vraiment insupportable que par la suite, avec l'évolution du processus tumoral.

Cette douleur est, en général, localisée dans une région précise et peut correspondre avec assez d'exactitude au siège de la tumeur (Obs. IX, XIX). Quelquefois (Obs. III) elle s'irradie dans l'épaule et le bras du côté correspondant, phénomène que l'on pourrait expliquer par la contiguïté des ganglions dégénérés avec les nerfs du plexus brachial.

Quand elle est vive, on calme difficilement cette sensation douloureuse : soit par les révulsifs au début, soit plus tard par la morphine (Obs. XII); la radiothérapie profonde, elle-même, ne l'atténue que momentanément (Thèse Huguenin, Obs. 11, p. 248)

Il est sans doute difficile de préciser les causes de sa violence. Dans les affections pulmonaires aiguës, on attribue le point de côté douloureux à l'irritation pleurale. Cette raison a été invoquée dans le cancer et paraît acceptable. Ne voyons-nous pas, dans nos observations, en même temps que la douleur thoracique, une irritation pleurale se manifestant soit par un épanchement, soit par des adhérences que découvre l'autopsie?

Mais il faut retenir ici que, quels que soient son siège et son type histologique, le cancer du poumon est souvent et précocement douloureux.

II. — SIGNES PHYSIQUES

Le cancer du poumon ne possède aucun signe physique qui lui soit propre; les indications fournies par l'examen sont extrêmement changeantes. On se trouve le plus souvent en présence d'un

bloc de condensation pulmonaire dont l'étendue est variable, les signes les plus fréquents étant : matité et silence respiratoire; le silence est parfois remplacé par un souffle qui prend le timbre tubaire. Mais les réactions des terminaisons bronchiques péri-tumorales peuvent donner naissance à des râles qui se disposent en couronne autour du souffle.

Dans certains cas, la symptomatologie est très réduite; dans d'autres, au contraire, l'affection s'extériorise par un ensemble symptomatique très riche.

Pour mettre un peu d'ordre dans une aussi grande diversité, de nombreux auteurs ont essayé d'établir une classification des formes du cancer du poulmon. Nous avons vu, dans le chapitre premier, combien ces formes pouvaient être nombreuses. La grande variabilité des signes que l'on rencontre dans cette affection explique la pluralité des types que l'on en a distingués.

Au point de vue didactique, comme au point de vue séméiologique, nous retiendrons seulement trois types de cancer du poulmon dont la symptomatologie, à quelques variantes près, répond à la majorité des cas que nous avons observés.

Une forme pleuro-pulmonaire, dans laquelle le cancer du poulmon offre tous les aspects d'un épanchement pleural qui peut être total.

Une forme parenchymateuse, où le cancer se présente avec le masque d'une pneumopathie chronique.

Une forme médiastino-pulmonaire, dans laquelle les signes parenchymateux sont réduits, en général, au minimum, tandis que les phénomènes médiastinaux dominent à la fin de la maladie.

Il convient de remarquer que l'une quelconque de ces trois formes peut, au cours de son évolution, prendre le caractère de la voisine. Par exemple, un cancer que nous classons dans le type pleuro-pulmonaire (Obs. VIII) a traduit, vers la fin, l'atteinte du médiastin par l'apparition d'un héli-œdème complet.

Cette classification n'est adéquate qu'à la phase de début de

l'extériorisation des formes considérées. A ce moment, ces dernières ont en quelque sorte une individualité propre que nous allons essayer de mettre en lumière.

Au moment de l'examen, l'inspection révèle bien peu de signes, les déformations thoraciques apparaissent le plus souvent au cours de l'évolution. A la palpation, les vibrations vocales sont généralement diminuées, voire abolies, même dans les cas de syndrome pneumonique (formes parenchymateuses).

Formes pleuro-pulmonaires. — Les formes pleuro-pulmonaires se présentent avec les signes physiques classiques d'un épanchement total (Obs. VI et VIII) ou partiel (Obs. I). Bien entendu, les signes que l'on rencontre ne sont pas toujours groupés, ils sont plus ou moins accusés. La quantité du liquide est variable, mais en général beaucoup plus faible que les signes cliniques ne le laissent supposer.

Lorsque l'intensité des signes fonctionnels commande une paracentèse, on est surpris de la faible quantité de liquide à laquelle elle donne issue : 600 centimètres cubes (Obs. VI), 1.200 centimètres cubes (Obs. VII), 800 centimètres cubes (Obs. VIII), dans des cas où l'examen avait fait soupçonner un épanchement total.

Cette paracentèse n'amène aucune sédation des signes fonctionnels et les signes physiques observés dans le poumon sous-jacent sont presque toujours ceux d'une condensation pulmonaire (Obs. VI, VII).

Le caractère propre de cet épanchement est de se reproduire extrêmement vite, nécessitant parfois plusieurs thoracentèses successives et, malgré ces interventions répétées, l'épanchement se reconstitue avec une extrême rapidité (Obs. III).

La nature du liquide se révèle, elle aussi, variable. C'est un épanchement tantôt hémorragique (Obs. III, IV, VI, VII, VIII), tantôt séro-hémorragique (Obs. V), séreux (Obs. I) ou encore inflammatoire. Dans notre Observation II, l'analyse a révélé la nature nettement inflammatoire de l'épanchement.

qui renfermait les lymphocytes; la réaction de Rivalta se trouvait positive

Remarquons, dans nos observations, la prédominance d'un épanchement hémorragique : 8 fois on trouve un épanchement pleural, dont la nature s'est montrée 6 fois hémorragique ou séro-hémorragique.

Formes parenchymateuses. — Le cancer simule, le plus souvent, une pneumonie chronique. Les signes de condensation (induration du territoire viscéral atteint) sont généralisés à tout le champ pulmonaire (Obs. XVI), ou bien localisés à un seul lobe. Parfois la tumeur est isolée en plein parenchyme. Elle se révèle par une zone de silence respiratoire nettement circonscrite, contrastant avec la qualité presque normale du murmure vésiculaire dans le reste du poumon (Obs. XIX). C'est ce que Ramond a appelé « le trou auscultatoire » (*Cliniques médicales*, 1923, 1^{re} série, p. 84).

Le silence peut être remplacé par un souffle; on perçoit quelquefois des râles sous-crépitants; mais le plus souvent, ces râles, quand ils existent, siègent à la périphérie de la zone de matité et simulent, plus rarement il est vrai, la « couronne de râles » de la pneumonie.

Aussi bien, pour mettre en vue la diversité des signes observés, faisons une brève synthèse des observations :

Dans l'Observation IX, le docteur Bonnel trouve chez son malade « à la base droite, une zone de matité, avec respiration diminuée et râles sous-crépitants ». Le malade du docteur Leplat (Obs. X) présente une « matité absolue jusqu'au 3^e espace intercostal, avec absence complète d'élasticité dans cette région, murmure vésiculaire aboli et souffle dans toute la région de la matité ». Le Professeur Sergent constate, chez le jeune homme de M. Mignot (Obs. XI) « une légère submatité et une légère respiration soufflante, sans plus » dans la fosse sus-épineuse droite. Le même auteur trouve, chez son deuxième malade (Obs. XII), une « rétraction de l'hémithorax gauche avec diminution de l'amplitude respiratoire, matité, abolition des vibra-

tions en avant et en arrière, murmure vésiculaire diminué, aucun bruit surajouté. »

MM. Léon Kindbeg et R. Garcin (Obs. XIII) notent « une légère submatité apicale gauche, avec respiration soufflante et rude, sans gargouillement; quelques râles muqueux à la fin de l'inspiration. »

MM. Merklen et Wolff trouvent chez leur malade (Obs. XIV) les signes physiques « les plus sommaires, ne consistant guère qu'en une certaine submatité des deux tiers inférieurs du poumon gauche. La voix était trop faible pour se transmettre; aucun souffle à l'auscultation; simple rudesse respiratoire, surtout à gauche, avec nombreux bruits adventices. »

Dans le cas de M. le D^r Bousquet (Obs. XV), on relève de l'«immobilité presque complète de l'hémithorax droit, nettement augmenté de volume. L'auscultation y révèle un souffle aux deux temps, surtout expiratoire, avec maximum à la région hilare. Matité de bois de haut en bas du poumon ». Le malade de M. le Professeur agrégé Creyx (Obs. XVI) « présentait les signes classiques d'un double épanchement pleural abondant », diagnostic que la ponction, restée sans résultat, fit éliminer.

L'examen physique du malade de M. Huguenin (Obs. XVII) montre « un syndrome cavitare, à droite, au-dessus du hile, avec souffle et gros râles humides, gargouillements à l'auscultation ». Chez ce malade, la tumeur a révélé son existence par un syndrome cavitare banal; mais, fait capital, les symptômes n'en sont perçus que dans une zone très limitée, le reste de l'aire thoracique étant normal.

Dans l'observation de MM. Rémond et Mériel (Obs. XVIII), « un spécialiste soupçonne une tuberculose du sommet droit ». Chez la malade de M. le Professeur agrégé Creyx (Obs. XIX), on ne trouvait qu'un gros foyer de matité, au niveau du 4^e espace intercostal, et l'auscultation indiquait là « une abolition du murmure vésiculaire, sans égophonie, sans pectoriloquie aphone et sans signe du sou. »

Ces quelques remarques démontrent la grande diversité des signes qui se présentent au clinicien et la nécessité de recou-

rir à d'autres examens. Nous verrons plus loin les résultats que donne la radiologie dans ces cas; nous verrons aussi comment, en groupant signes fonctionnels, signes physiques et signes radiologiques, on peut arriver au diagnostic.

Formes médiastino-pulmonaires. — Les deux observations que nous rapportons, dans lesquelles l'autopsie a révélé une volumineuse tumeur médiastinale, se sont montrées d'une pauvreté remarquable quant aux signes physiques. Dans la première (Obs. XX), il n'y a aucun signe pulmonaire. Dans la seconde (Obs. XXI), on constate seulement une légère diminution du murmure vésiculaire au sommet.

Par contre, ce sont les signes fonctionnels : douleurs très violentes à localisations multiples et, en particulier, rétro-sternales (Obs. XXI), et les signes généraux : température, amaigrissement, qui dominent la scène.

Les formes pleuro-pulmonaires et parenchymateuses qui, à la fin de leur évolution, atteignent le médiastin, s'accompagnent de phénomènes autrement significatifs.

On voit apparaître les symptômes de compression : dysphagie (Obs. X), voix rauque et voilée, déglutition de plus en plus pénible (Obs. XI), voix assourdie, dysphagie pour aliments solides, un peu de cyanose (Obs. V).

Mais il est un phénomène qui ne paraît pas avoir retenu suffisamment l'attention des auteurs qui l'ont signalé : *l'hémi-œdème*.

Cet œdème siège presque toujours du côté de la lésion; il peut atteindre, à des degrés divers, la moitié correspondante du corps. Nous l'avons relevé dans 6 de nos observations : 3 fois à la période terminale des formes pleuro-pulmonaires; 3 fois à la même période des formes parenchymateuses.

Dans les tumeurs du type parenchymateux, il semble moins important et moins étendu. Il siège (Obs. IX) « au niveau de la région hépatique et basale »; dans l'Observation XV, seul le bras droit est intéressé.

Dans les formes pleuro-pulmonaires, au contraire, il est

beaucoup plus important, atteignant : la moitié de la face, le bras, le tronc (Obs. I); la base du cou, l'épaule, le thorax (Obs. VII); enfin (Obs. VIII), il ne respecte que la face, s'étendant sur tout le côté du corps qui répond à la lésion.

Nous n'avons relevé qu'une fois (Obs. XI) l'œdème du type « œdème en pèlerine », intéressant la partie supérieure du thorax, avec bouffissure de la face, tel que le signale Huguenin (Thèse, p. 134). Dans les 5 autres cas où il est noté, nous le voyons siéger nettement du même côté que la tumeur pulmonaire.

Il est difficile d'établir la pathogénie de cet œdème homolatéral; cependant, nous pouvons supposer qu'il est produit par des compressions vasculaires : azygos, veine cave supérieure, voire veine cave inférieure. Cette compression est causée, dans trois observations de cancer pleuro-pulmonaire (Obs. I, VII, VIII), par l'épanchement pleural. Dans les cas de tumeurs parenchymateuses, la compression peut être produite par un gros ganglion hilair (Obs. IX) ou par la tumeur qui a subi un développement considérable, au point de faire saillie à la base du cou et dans la région sus-sternale (Obs. XI).

On sait que les tumeurs du médiastin, en comprimant la grande azygos, produisent un hydrothorax limité à la plèvre droite. Cela nous permet de supposer que l'épanchement peut, dans certains cas, être consécutif à la compression du médiastin par la tumeur. Cette assertion paraît trouver sa vérification dans l'Observation IX : la tumeur pulmonaire détermine, par son développement exagéré, des phénomènes de compression médiastinale, et on trouve, à l'autopsie, un léger épanchement non hémorragique dans la plèvre droite.

Il convient de retenir, dès maintenant, cette localisation homolatérale de l'œdème, lequel, joint aux autres signes, possède, selon nous, une grande valeur diagnostique.

*
* *

Nous allons étudier brièvement, en deux paragraphes séparés : l'adénopathie et les métastases. Ces deux signes, impor-

tants pour le diagnostic, apparaissent avec une égale fréquence dans chacune des formes que nous avons distinguées.

Adénopathie. — L'engorgement ganglionnaire externe, signe important mais constaté trop rarement, se présente sous des aspects différents : Les ganglions sont peu nombreux (Obs. I, X), siégeant dans le creux sus-claviculaire du côté de la lésion; ils forment une masse volumineuse, bosselée, irrégulière, adhérente aux plans profonds (Obs. XV); ils se présentent sous forme de poly-micro-adénopathie généralisée (Obs. XX); parfois même (Obs. VII) on se trouve en présence d'un ganglion unique, volumineux et très induré.

Ces ganglions sont indolents, ce qui les distingue de l'engorgement inflammatoire.

Mais il ne faut pas oublier que l'on observe aussi de l'adénopathie sus-claviculaire et axillaire, dans l'adénie, dans la tuberculose et dans les affections cancéreuses de l'œsophage et de l'estomac (ganglion de Troisier).

L'adénopathie hilare, deux fois constatée (Obs. IX, XIV), n'est décelable qu'à l'examen radiologique.

Métastases. — Les métastases, dont nous relevons 8 cas, semblent localisées un peu plus fréquemment dans le squelette (3 fois). Ces localisations osseuses se présentent sous forme de « tuméfactions, véritables soufflures », de dimensions variables, et sont très douloureuses (Obs. IV, XIII, XV).

D'autres fois elles ne se manifestent que par de la douleur et une inégalité d'opacité à la radiographie (Obs. XX) qui les fait interpréter comme des foyers tuberculeux (Obs. XXI).

Les métastases viscérales, que nous retrouvons 4 fois, atteignent un seul viscère (Obs. II), mais plus souvent elles sont multiples : foie, reins, surrénale gauche (Obs. I), généralisées et coexistant avec les métastases osseuses (Obs. XX, XXI).

Quand ces métastases sont bien accessibles (Obs. XV, XIX), il est aisé d'en prélever un fragment pour examen histologique : On se trouve alors en possession d'un signe de certitude.

Contorsion homolatérale. — Il est enfin un signe que M. Guillemo A. Bosco a décrit dans la *Presse médicale* (26 juin 1929, p. 831) sous le nom de : « Contorsion homolatérale, comme signe séméiologique dénonciateur de tumeur maligne des voies respiratoires inférieures ».

L'auteur affirme que cette contorsion « apparaît uniquement dans les tumeurs à évolution maligne » et il lui accorde une valeur positive dans le diagnostic, puisque, dit-il en concluant : « En présence d'un cas de contorsion homolatérale, le séméiologue ne doit penser qu'à une seule éventualité : l'existence d'une tumeur respiratoire maligne. »

Ce phénomène n'a point été relaté dans les observations que nous avons réunies et il ne nous paraît pas d'une bien grande valeur séméiologique, à côté des autres signes que nous avons signalés dans ce chapitre.

III. — SIGNES GÉNÉRAUX

Les signes généraux se manifestent, avec une intensité plus ou moins accusée, à n'importe quelle période de l'évolution. Laënnec, en 1826, dans son *Traité de l'auscultation médiate* (II^e édition, p. 505), les considérait comme des phénomènes tardifs.

Bien au contraire, dans les observations que nous rapportons, les malades qui entrent à l'hôpital accusent soit un état fébrile, soit de l'amaigrissement, soit un affaiblissement général. Ces trois signes peuvent coexister, s'intensifier au cours de l'évolution.

Fièvre. — Parmi les phénomènes généraux, la fièvre est le plus constant : nous la retrouvons dans 16 de nos observations; elle est aussi fréquente que la toux et la dyspnée. Huguenin la note dans 33 observations sur 44 (Thèse, p. 122); M^{lle} Cottin, Cramer et Saloz la signalent 11 fois sur 23 (*Annales de médecine*, t. VIII, 1920, p. 435). Cette fréquence en fait un signe de valeur égale à la dyspnée ou à l'expectoration.

La fièvre peut être un des premiers signes accompagnant la toux et la dyspnée (Obs. VII et VIII).

Elle offre des caractères divers : rémittente (Obs. V), continue (Obs. XIV). Huguenin (Thèse, p. 123) remarque qu'elle affecte parfois le type hectique.

La courbe de température oscille généralement autour de 38°; nous l'avons vue atteindre une fois 39° (Obs. XII), aller jusqu'à 40° (Obs. XXI). Huguenin signale une courbe ondulante (Thèse, Obs. 41)

On a pensé que la fièvre était due, dans le cancer, aux infections secondaires. Merklen et Wolff disent eux-mêmes, dans une observation présentée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 13 décembre 1927 (p. 1613) et que nous rapportons (Obs. XIV) : « On attribue d'ordinaire la fièvre aux infections secondaires, et il est bien vraisemblable qu'elles ont droit à la plus large place. Mais il nous semble que le cancer lui-même peut être incriminé pour une part; on voit des cancers, tel celui du rein, fébriles pendant toute leur évolution, indépendamment de toute infection secondaire. »

Ces arguments nous autorisent à concevoir que le cancer peut être, à lui seul, la cause de l'élévation thermique.

Mais quel que soit son mode de production, la fréquence remarquable de l'élévation thermique et la possibilité qu'elle existe sans autre signe (Obs. XX) nous la font considérer comme un phénomène digne d'attention.

Amaigrissement. — Au sujet de l'amaigrissement, Laënnec écrivait, en 1826 (*Ibid.*, p. 510) : « Les encéphaloïdes peuvent exister pendant longtemps sans produire un amaigrissement notable. Mais ce symptôme est constant vers l'époque de la terminaison de la maladie, et il marche alors d'une manière très rapide. »

Nous relevons 8 cas dans lesquels les malades déclarent qu'ils ont maigri, dès leur entrée à l'hôpital. Cet amaigrissement est léger (Obs. XII) ou très important dès le début (Obs. II, XIII), parfois il existe depuis plusieurs mois (Obs. IV); par

contre, il est des cas où l'amaigrissement n'apparaît que plus tard (Obs. XI). Dès qu'il s'est montré, il progresse avec rapidité (le malade de l'Observation XX a perdu 22 kilogrammes en trois mois) et les malades meurent dans un état véritablement cachectique (Obs. XI, XII, XX, XXI).

Remarquons, dans nos observations, que l'amaigrissement paraît plus fréquent (8 fois sur 10 cas) dans les formes parenchymateuses et médiastino-pulmonaires. Dans ces dernières, il acquiert même une intensité et une rapidité que nous ne lui voyons pas ailleurs (Obs. XX, XXI).

Fatigue. — La fatigue est un des troubles que les malades accusent quelquefois précocement (Obs. I, IX, XII, XVII). Ils se plaignent de faiblesse générale qui peut coexister avec d'autres signes, et en particulier l'amaigrissement (Obs. XII, XVII). Cependant, la fatigue n'est jamais assez marquée pour obliger à elle seule le malade à prendre du repos.

IV. — CYTO-DIAGNOSTIC

Il est très rare, nous l'avons vu, que le laboratoire puisse donner le seul signe de certitude : la présence de cellules cancéreuses dans les crachats ou dans le liquide pleural. Quelques auteurs en ont rencontré, les cas de Hyde Salter, de Lance-reaux, de Claiße (*loco citato*) sont dans toutes les mémoires.

Dans nos observations, l'examen des crachats n'a jamais montré l'élément cellulaire spécifique, mais une flore microbienne généralement d'abondance moyenne : diplocoques (Obs. I), polynucléaires, hématies, quelques cellules macrophages et bronchiques (Obs. IX), cocco-bacille type Pfeiffer et quelques diplocoques type pneumocoque (Obs. XIX).

L'analyse du liquide pleural ne montre guère, elle non plus, que des éléments du sang (Obs. I, V, XV).

Quand, par hasard, on se trouve en présence d'une métastase dont on peut prélever un fragment pour biopsie (Obs. XVIII, XIX), on possède un moyen de contrôle de premier ordre. Malheureusement, de tels cas sont rares.

Aussi, en l'absence de ganglions externes, ou de métastases facilement accessibles, a-t-on préconisé diverses manœuvres dont le but est de se procurer un fragment de tumeur.

Ameuille et Huguenin (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 décembre 1929, p. 1401), dans un cas de néoplasme pulmonaire offrant l'image radiologique d'un kyste hydatique, ont pratiqué, sous anesthésie, une intervention minime, qui leur a permis de ramener à la curette un petit fragment de la tumeur. L'examen histologique y démontrait la présence de cellules épithéliales en groupements atypiques.

Ces mêmes auteurs recommandent d'autres modes de biopsie (*Ibid.*, p. 1406) : la biopsie par bronchoscopie, la biopsie par thoracoscopie.

Adoptons comme conclusion l'opinion de M. Léon Kindberg (*Ibid.*, p. 1409) : « Seule la biopsie — superficielle, opératoire, bronchoscopique — peut, dans les cas difficiles, résoudre le problème. »

V. — IMAGES RADIOLOGIQUES

L'examen radiologique s'impose, mais ne permet pas, à lui seul, d'affirmer le cancer. Les images révélées à l'écran sont, en effet, très variables. Dans les cas d'épanchement pleural, les signes radiologiques peuvent être ceux d'un épanchement abondant (Obs. V). D'autres fois, l'examen radioscopique pratiqué au début, montre « une ombre transversale, bien limitée, éveillant l'idée d'une pleurésie interlobaire » (Obs. I). Par la suite, l'ombre s'étend à la moitié du champ pulmonaire.

Dans les formes parenchymateuses, il n'est aucune image qui soit pathognomonique. L'atteinte du parenchyme se traduit par des traînées diffuses (Obs. IX), par une simple diminution de clarté du sommet (Obs. XX), par une opacité plus ou moins homogène (Obs. XI) qui peut obscurcir la totalité du champ pulmonaire (Obs. XII).

Parfois la tumeur est nettement circonscrite, l'ombre est suspendue, et l'on pense aussitôt au kyste hydatique. Dans l'Ob-

servation XVIII, l'image est « comme tracée au compas », elle a gardé le même aspect au cours de deux examens successifs, mais non la même étendue. La seule différence entre les deux clichés est que la seconde image est plus grande, paraissant traduire ainsi l'accroissement de la tumeur.

Chez le malade de M. le Professeur agrégé Creyx (Obs. XIX), nous avons aussi une ombre suspendue, à contours arrondis, éveillant l'idée d'un kyste hydatique. Mais sur un second cliché pris un mois plus tard, à défaut d'extension de l'image, on observe une opacité beaucoup plus homogène de l'ombre.

Les images radiologiques sont donc essentiellement variables d'un cas à l'autre et ne peuvent fournir d'indications utiles que par leur multiplicité. Par conséquent, il convient de procéder à plusieurs examens radiologiques successifs, étudiant chaque fois, non seulement l'extension de l'opacité, mais encore son homogénéité. C'est en comparant les résultats obtenus avec les données cliniques que l'on peut arriver au diagnostic, dans des cas très embarrassants à première vue (Obs. XIX).

DEUXIÈME PARTIE : GROUPEMENT DE SYMPTOMES

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

REMARQUES GÉNÉRALES. — Le diagnostic du cancer du poumon n'est pas impossible à établir. Certes, il présente des difficultés. Ces difficultés proviennent surtout, nous l'avons vu dans les chapitres précédents, de ce que l'ensemble séméiologique en est extrêmement variable. Tantôt fruste, tantôt très riche, le cortège symptomatique n'est presque jamais semblable à lui-même.

Beaucoup d'auteurs se sont laissés égarer par ce défaut de parallélisme entre les signes physiques et les signes fonctionnels, et par la présence de certains éléments, en apparence contradictoires, dans le tableau clinique : par exemple, *l'abolition des vibrations vocales dans le syndrome de condensation pulmonaire*.

Pour nous, au contraire, cette discordance même constitue une présomption en faveur du cancer; l'affection étant envisagée de propos délibéré, son diagnostic se fait plus aisément depuis quelques années.

Si, en présence d'un tableau symptomatique à éléments hétérogènes, on ne formule pas plus souvent le diagnostic de néoplasme, c'est que l'on pense tout d'abord aux affections thoraciques communes : affections pulmonaires aiguës, emphyseme, tuberculose.

Les signes de certitude : présence de cellules néoplasiques dans les crachats ou le liquide pleural, examen histologique d'un ganglion ou d'un fragment de tumeur sont des tests que l'on possède très rarement. A leur défaut, il existe des signes de grande probabilité; examinons-les dans chacune des trois formes que nous avons envisagées.

Formes pleuro-pulmonaires. — Les formes pleuro-pulmonaires se présentent avec des signes d'épanchement important où

total. La dyspnée est intense, on ponctionne et *on ne retire qu'une faible quantité de liquide* souvent hémorragique. Cette première discordance entre le volume de l'épanchement et les signes physiques et fonctionnels qui l'extériorisent frappe vivement l'esprit du clinicien.

Contrairement à ce que l'on serait en droit d'attendre, *la dyspnée n'est pas diminuée par la ponction; les signes physiques restent presque inchangés*; l'épanchement se reproduit très vite.

Plus tard, traduisant l'atteinte du médiastin par le néoplasme, *un œdème* apparaît qui envahit soit la totalité du thorax, soit — phénomène plus significatif — l'hémithorax correspondant au poumon malade. Exceptionnellement, l'œdème se généralise à *la moitié* du corps (Obs. VIII).

Un tel concours de symptômes possède une grande valeur diagnostique.

En l'absence d'adénopathie ou de métastase, ces signes de probabilité ont notamment incité trois fois M. le Professeur agrégé Creyx à poser un diagnostic de néoplasme primitif du poumon; il n'y a eu aucune vérification biopsique ou nécropsique (Obs. VI, VII, VIII).

Formes parenchymateuses. — La radiologie, qui était d'un faible secours dans le diagnostic des formes pleuro-pulmonaires, acquiert ici une importance capitale. C'est elle, avant tout, qui nous permet de distinguer, parmi les formes parenchymateuses, des tumeurs monolobaires, polylobaires ou pseudo-kystiques.

Les tumeurs mono et polylobaires s'extériorisent cliniquement par un syndrome de condensation pulmonaire (type pneumocoque) : matité, souffle, râles muqueux. Dans cet ensemble symptomatique se glisse un élément hétérogène : *les vibrations vocales, exagérées dans la pneumonie, sont abolies dans le cancer.*

Cette première constatation révèle un syndrome inaccoutumé.

A l'évolution rapide de la pneumonie s'opposent la marche lente du cancer et la persistance des signes de condensation du parenchyme.

La forme pseudo-kystique réalise un syndrome physique peu net. Les données cliniques (matité suspendue difficile à délimiter, avec silence respiratoire, râles au pourtour de la zone mate, respiration normale dans le reste du poumon) se rapportent habituellement à trois éventualités : kyste hydatique, abcès pulmonaire ou pleurésie interlobaire, cancer.

Le kyste hydatique s'accompagne souvent d'urticaire; la pleurésie interlobaire succède généralement à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, et la vomique apparaît dans un délai relativement court (dix à vingt jours). *Il n'y a pas de vomique dans le cancer du poumon.*

Par contre, la pleurésie interlobaire peut débiter sournoisement, et le cancer est rattaché quelquefois par les malades à un épisode aigu (Obs. XIX) Le caractère négatif des réactions de laboratoire (réaction de Weinberg-Parvu, réaction de Casoni, éosinophilie sanguine) joint aux constatations qui précèdent plaideront en faveur du cancer.

La polynucléose sanguine, commune au néoplasme et aux suppurations pulmonaires, est plus marquée dans ces dernières.

Ces données cliniques sont, malgré tout, susceptibles de prêter à confusion. La radiologie est en mesure de fournir des éléments plus précis.

Dans le cas de cancer, l'image radioscopique est assez régulièrement arrondie, mais ses contours manquent de netteté; *elle n'est pas homogène, mais pommelée.* Cette image s'étend rapidement, comme le prouvent des examens successifs (Obs. XVIII)

Le kyste hydatique, au contraire, donne une ombre radiographique « nettement tracée au compas », d'égale homogénéité en tous ses points, et qui ne s'étend pas.

Nous avons cependant signalé (Obs. XVIII) une image « tracée au compas », mais dans l'espace d'un mois elle a gagné en étendue; chez le malade de M. le Professeur agrégé Creyx (Obs. XIX), l'ombre, à un mois d'intervalle, ne s'est pas étendue; toutefois, sur le premier cliché, elle manquait d'ho-

mogénéité; sur le second elle était de teinte plus uniforme. Dans ces deux cas, l'affection s'est révélée être un cancer.

M. le Professeur agrégé Creyx, dans la thèse de Roussel (*Abcès du poumon et pleurésie interlobaire*. Thèse de Bordeaux 1929, p. 20) a insisté sur l'image quadrangulaire à grand axe transversal que l'on observe dans la pleurésie interlobaire au début (*Ibid.*, Obs. 16, p. 41). Cette image n'a jamais été vue dans le cancer du poumon.

En résumé, une affection pulmonaire se révèle à la radiographie par une ombre arrondie, ombre suspendue de pleurésie interlobaire, d'abcès ou de kyste hydatique. Mais elle évolue pendant plusieurs mois sans qu'une vomique se produise et son image radiologique s'étend ou s'opacifie : on peut conclure à peu près sûrement à l'existence d'un cancer.

Formes médiastino-pulmonaires. — Les formes médiastino-pulmonaires pures, c'est-à-dire débutant dans le médiastin, revêtent tous les caractères d'un syndrome de compression médiastinale, auquel s'ajoute un amaigrissement rapide et inexplicable.

Dans les deux observations que nous rapportons (Obs. XX et XXI), l'amaigrissement et une légère atteinte du parenchyme constatée soit à l'écran (Obs. XX), soit à l'oreille (Obs. XXI) étaient les seuls signes révélateurs de la maladie.

Ces faits nous portent à conclure que chez un malade d'un certain âge, en l'absence d'anévrisme de l'aorte, un syndrome médiastinal accompagné d'un amaigrissement considérable et rapide doit éveiller l'idée de cancer.

Nous n'envisagerons pas ici les formes primitivement pleuro-pulmonaires ou parenchymateuses envahissant tardivement le médiastin et qui provoquent l'apparition du syndrome de compression ci-dessus énoncé.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nos observations sont réunies en trois groupes, correspondant aux trois formes envisagées.

PREMIER GROUPE : *Formes pleuro-pulmonaires*

OBSERVATION I

(M. PISSAVY, HUGUENIN et BLANCHE, Société médicale des Hôpitaux,
14 janvier 1927, p. 7.)

Le malade était un homme de quarante-quatre ans, exerçant la profession de cimentier. Ses parents étaient morts de cause inconnue. Il avait une fille de dix-sept ans, tuberculeuse. Lui-même toussait fréquemment l'hiver, mais n'avait jamais été obligé d'interrompre son travail.

Il vint consulter pour la première fois le 20 mai dernier, se plaignant de ce que, depuis quinze jours, il toussait davantage, crachait un peu de sang, éprouvait des douleurs thoraciques et se sentait fatigué. Il attribuait ses malaises à une nuit blanche passée en fête, dans les premiers jours du mois.

L'examen clinique ne révélait qu'un peu de matité et d'obscurité respiratoire à la base droite; mais la radioscopie montrait, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la poitrine, la présence d'une ombre transversale très sombre, bien limitée, éveillant l'idée d'une pleurésie interlobaire.

On proposa au malade d'entrer à l'hôpital, mais il refusa.

Il ne consentit à se faire hospitaliser que le 7 juin.

A ce moment, les signes physiques s'étaient accentués, mais l'état général restait bon et la température normale.

Une radiographie faite le 9 juin montrait, non plus une bande opaque, mais une grande zone obscure occupant les deux tiers inférieurs du champ pulmonaire. L'examen bactériologique des crachats fait à ce moment révéla la présence de nombreux diplocoques, dont quelques-uns encapsulés, mais pas de bacille de Koch.

Le 27 juin, l'attention fut attirée par deux phénomènes nouveaux : un léger état subfébrile et un gonflement manifeste des vaisseaux de la base du cou. Les jours suivants, le malade accusa un peu de dyspnée et c'est alors que nous vint l'idée du cancer pulmonaire commençant à déterminer de la compression du médiastin.

Une ponction exploratrice ayant confirmé la présence d'un épanchement pleural séro-fibrineux, on pratiqua la thoracentèse. Mais en vidant la plèvre aussi complètement que possible, on ne put obtenir que 350 centimètres cubes de liquide. Cette thoracentèse n'amena, d'ailleurs, qu'une atténuation très légère et très momentanée de la gêne respiratoire dont le malade commençait à se plaindre.

L'examen cytologique de l'épanchement avait donné une formule nettement lymphocytaire, avec présence d'un assez grand nombre d'hématies. On y rencontrait aussi de grandes cellules vacuolaires, isolées, à gros noyau, mais sans caractère néoplasique suffisamment net pour permettre le diagnostic de cancer.

L'examen bactériologique était négatif.

Dans les premiers jours de juillet, les événements se précipitèrent. Le 2 juillet, le bras droit s'œdématiait; le 3 juillet, l'œdème avait envahi la moitié droite de la face et du tronc et l'on constatait une augmentation appréciable du volume du foie.

L'hépatomégalie croissait de jour en jour, des bosselures apparurent sur la face antérieure du foie. Au moment de la mort, on avait vu s'établir une circulation collatérale au niveau de l'hémithorax et du membre supérieur droit œdématiés, et des ganglions apparaître dans les régions sus-claviculaires.

La mort survint le 11 juillet, par asphyxie progressive. Le malade n'avait dû interrompre son travail que cinq semaines avant son décès.

Autopsie (résumée). — Péritoine, intestin et rate sains.

Foie : 5 kil. 100, farci de noyaux cancéreux, dont le plus gros a les dimensions d'une grosse noix.

Noyaux dans les deux reins, le pancréas et la surrénale gauche.

Poumon gauche : Un peu de congestion de la base.

Poumon droit : En grande partie envahi par une masse néoplasique tenant au hile et occupant toute la partie centrale du poumon. Le cancer avait également envahi tout le médiastin et tenait à la colonne vertébrale, dont la face latérale était érodée au niveau de D2 et D3.

Examen histologique (résumé). — Aspect d'épithélioma cylindrique. Zones d'aspect sarcomateux.

OBSERVATION II

(Publiée par M. le Professeur agrégé CREYX dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1921, p. 545.)

Le malade est un homme de soixante ans, indemne de syphilis, offre des signes de tuberculose pleuro-pulmonaire évolutive avec état cachectique : amaigrissement énorme, œdème des pieds, fièvre rémittente, toux incessante, quinteuse, expectoration muco-purulente, parfois sanglante, et dans laquelle l'examen, s'il n'a pas révélé la présence de bacille de Koch, n'a pas décelé non plus, d'élément histologique susceptible d'orienter le diagnostic vers le cancer. Ce qui, d'ailleurs, plaidait pour la tuberculose, malgré l'absence de microbes spécifiques dans les crachats, c'était l'existence d'un volumineux épanchement pleural gauche, déviant le cœur et effaçant presque complètement l'espace de Traube; épanchement non hémorragique, à formule nettement inflammatoire (lymphocytes, Rivalta positif). L'inoculation au cobaye ne put être pratiquée.

Ajoutons à ce tableau : Gros foie sans ascite ni ictère; toucher rectal négatif; absence de toute adénopathie cliniquement décelable dans le médiastin ou ailleurs.

Ce malade fut emporté brusquement par une abondante hémoptysie simulant la rupture du classique anévrisme de Rasmussen.

A l'autopsie on trouve : Poumon gauche infiltré de noyaux blanchâtres, ramollis, à contours indurés. Foyer hémorragique important dans le lobe supérieur, avec ulcération d'un tronc moyen de l'artère pulmonaire.

Foie volumineux, parsemé de taches jaunâtres offrant à la coupe l'aspect de noyaux arrondis.

Tous les autres organes examinés un à un, avec le plus grand soin, étaient exempts de toute trace de néoplasme. Le développement énorme des lésions dans le poumon, et beaucoup plus réduit dans le foie, militait en faveur d'altérations pulmonaires primitives, d'altérations hépatiques secondaires.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Professeur Sabrazès, vint confirmer l'existence d'une tumeur à type épithélial.

Il n'y avait pas de tuberculose associée.

OBSERVATION III

(BERNHEIM et SIMON (résumée), *Revue médicale de l'Est*, 1886, p. 452-462.)

Il s'agit en résumé d'un cancer primitif du poumon terminé par la mort dans l'espace de quinze mois environ.

Comme phénomène initial, le malade a présenté une douleur dans la région sous-claviculaire droite, s'irradiant vers le bras et la région interscapulaire; plus tard, survint une oppression légère avec accès nocturnes de dyspnée, et ce n'est que dix mois après le début qu'on constata l'existence d'un épanchement pleurétique droit, lequel fut suivi de toux et d'une légère hémoptysie.

On crut d'abord à une pleurésie simple, et comme le malade ne présentait pas de fièvre et que l'épanchement ne montrait aucune tendance à la résorption spontanée, on pratiqua une thoracentèse qui évacua 2 lit. 500 de liquide hémorragique. Cette première thoracentèse fut suivie d'une reproduction rapide de l'épanchement, trois autres furent pratiquées, chaque fois l'épanchement se reconstitua du jour au lendemain.

Les seuls symptômes, outre la dyspnée et les signes physiques de l'épanchement, étaient la persistance des douleurs, parfois des hémoptysies passagères.

OBSERVATION IV

(Dr HUGUENIN, Thèse de Paris 1928, p. 263.)

M^{me} S..., cinquante-huit ans, ménagère, sans antécédents particu-

lières, accuse depuis plusieurs mois fatigue générale et amaigrissement. Progressivement, elle remarque une lourdeur du membre inférieur, puis des algies avec paroxysmes violents. Bientôt elle ne peut plus remuer la jambe et se plaint de douleurs qui, nées au niveau de la hanche, irradient dans le membre atteint. On dit qu'elle est paralysée. En outre, elle s'était plainte déjà d'une dyspnée d'effort. Elle tousse, depuis plusieurs semaines, sans que le début soit facile à préciser; la dyspnée devient beaucoup plus vive; un point de côté apparaît à la base gauche. Un médecin, consulté, parle de pleurésie. Aucun traitement n'améliore la malade; à l'encontre, les signes s'accroissent.

On amène la malade, le 20 décembre 1926, à la Salpêtrière, dans le service de M. le Professeur Guillaud. Là, notre ami Christophe constate deux ordres de phénomènes : D'une part, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur et la douleur, corrélatifs d'une tuméfaction du volume d'un poing, molle, qui déforme la crête iliaque; la mobilisation passive est atrocement douloureuse. D'autre part, une dyspnée intense avec cyanose légère, une toux violente avec expectoration visqueuse dès qu'on tente d'asseoir la malade font immédiatement ausculter le poumon : on y trouve les signes d'un épanchement massif, que la ponction révèle sanguinolent et abondant. On ne sait s'il s'agit d'une tumeur primitive pulmonaire avec métastases osseuses ou l'inverse.

Personnellement, au jour où nous vîmes cette malade, en présence de l'intensité des signes fonctionnels thoraciques, de la douleur, de la presque concomitance des deux ordres de signes, pleuraux et osseux, nous penchons pour la première : tumeur pulmonaire à forme pleurale avec métastase osseuse douloureuse précoce.

La mort survient rapidement au milieu de phénomènes asphyxiques.

Autopsie (résumée). — Il s'écoule de la plèvre gauche environ 1 litre de liquide hémorragique, de teinte sirop de groseille. Le poumon apparaît au-dessous recouvert d'une carapace blanc nacré; il tient d'ailleurs à la paroi vers l'apex et il faut le sculpter pour le décoller.

Examen histologique (résumé). — La tumeur est un épithélioma

cylindrique glandulaire sécrétant qui prolifère dans le poumon et plus particulièrement au contact de certaines bronches.

OBSERVATION V

(D^r HUGUENIN, *Ibidem*, p. 272.)

Le 31 janvier 1927 entre à l'hôpital un homme de soixante-deux ans, tonnelier. Rien d'intéressant dans ses antécédents; pas de syphilis; un médecin aurait parlé, il y a des années de cela, d'emphysème.

Le 20 décembre 1926, le malade est pris brusquement d'un point de côté de la base droite, d'une dyspnée assez marquée, de quintes de toux qui ramènent une expectoration rosée, d'une fièvre à 38°, d'un malaise général accompagné d'anorexie; l'ensemble de ce tableau clinique fait porter, à ce moment, le diagnostic de pleurésie tuberculeuse, avec lésion parenchymateuse, d'autant que cet homme raconte qu'il était fatigué depuis plusieurs jours et avait craché du sang déjà la veille.

L'état reste stationnaire pendant une dizaine de jours, puis la toux et l'expectoration cessent, la fièvre tombe; par contre, la dyspnée persiste et les douleurs thoraciques, peu intenses, mais permanentes.

Vers la mi-janvier, la voix s'assourdit, sans devenir bi-tonale et une dysphagie apparaît pour les aliments solides. Lors de sa venue à l'hôpital, le malade apparaît dyspnéique et cyanotique légèrement. Il n'a pas l'air très amaigri. L'examen de l'appareil respiratoire montre, en arrière, des signes d'épanchement qui remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate; cependant, en avant, les vibrations sont encore conservées. Le foie est légèrement abaissé, la tension artérielle est à 17, les autres appareils sont normaux. Il n'y a pas d'adénopathie superficielle. Une première radioscopie montre les signes d'un épanchement abondant occupant les deux tiers inférieurs du champ pulmonaire, et une ponction exploratrice ramène un liquide séreux à Rivalta négatif.

Le 3 février, la dyspnée et la cyanose sont si intenses qu'on enlève 1.100 centimètres cubes de liquide, toujours séro-fibrineux. La dyspnée, un moment calmée, reparaît vite. Le 9, dans un but d'examen

radioscopique, on vide à fond la plèvre droite : on retire 2 lit. 1/2 de liquide, cette fois séro-hémorragique, que l'on remplace par de l'air. A l'écran, on voit encore l'image d'un hydro-pneumothorax pauvre en liquide et une ombre volumineuse juxta-médiastinale droite, qui n'atteint ni l'extrême sommet, ni l'extrême base du poumon collabé; on pose alors fermement le diagnostic de néoplasme pulmonaire, déjà soupçonné cliniquement. L'étude du liquide pleural n'apporte aucun renseignement (lymphocytes, globules rouges, cellules endothéliales).

Cependant, pour éliminer indiscutablement une maladie de Hodgkin, on recherche soigneusement les adénopathies, qu'on ne trouve pas.

L'examen du sang montre une anémie, une leucocytose légère (11.800) avec polynucléose, sans éosinophilie. En outre, il n'y a pas de prurit et le fébricule qui existait a disparu. L'épanchement pleural se reforme rapidement. La dyspnée devient intense, la cyanose augmente. Le malade, très abattu, meurt en quelques secondes, le soir du 17 février.

Autopsie (résumée). — 1 lit. 1/2 de liquide dans la plèvre droite. Le médiastin est occupé par une grosse masse dure, criant sous le couteau, du volume d'un poing, lobulée, adhérent au hile pulmonaire, et qui paraît une masse ganglionnaire, néoplasique. Le poumon droit est ratatiné sur le hile. A la coupe, il montre une masse dure, homogène, blanche, découpée en feuilles de trèfle, englobant tous les canaux et s'étalant dans le seul lobe moyen.

Examen histologique (résumé). — Tumeur massive, juxta-hilaire, histologiquement polymorphe.

*
* *

Les trois observations ci-dessous, que nous devons à la bienveillance de M. le Professeur agrégé Creyx, n'ont comporté aucune vérification histologique soit à la biopsie, soit à la nécropsie. Le diagnostic de probabilité qui fut posé s'appuya sur la discordance qui existait entre la quantité de l'épanchement et les signes par lesquels il se révélait à l'examen, et sur la présence d'un héli-œdème thoracique ou total.

(OBSERVATION VI (Inédite))

En 1927, nous avons l'occasion de voir M^{me} F..., âgée de cinquante-six ans. D'après son médecin, elle est atteinte depuis environ un mois d'un état fébrile avec phénomènes de type broncho-pneumonique, ayant débuté par le poumon gauche et s'étant cantonné dans le poumon droit dix jours environ avant notre examen.

Les signes stéthoscopiques du poumon gauche auraient complètement régressé.

La malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Ajoutons qu'elle n'accuse aucune douleur.

A la date indiquée, le tableau clinique est le suivant : La malade souffre d'une violente dyspnée, allant jusqu'à l'orthopnée; elle a les lèvres, les oreilles, les ongles cyanosés, et des sueurs froides. Elle tousse extrêmement peu et ne présente aucune expectoration.

La palpation nous révèle que les vibrations vocales sont abolies entièrement du côté droit, et la percussion que l'hémithorax, de ce côté, est mat dans toute son étendue.

En auscultant, nous percevons, en avant et sous la clavicule droite, un souffle rude, à timbre tubaire, et partout ailleurs le silence respiratoire le plus complet. Il n'y a pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone; le signe du sou de Pitres est peu net dans toute la zone postérieure droite, jusqu'à mi-hauteur du champ pulmonaire. Aucun dénivellement n'est perceptible.

Devant ce syndrome, auquel s'ajoute un état fébrile oscillant entre 38° et 38°3, nous pensons à la possibilité d'un vaste épanchement pleural probablement purulent (en raison de l'absence de la pectoriloquie aphone et du peu de netteté du signe du sou), et une ponction exploratrice est décidée. La paracentèse donne issue à un liquide franchement hémorragique, dont nous ne pouvons retirer que 600 centimètres cubes. Contre notre attente, la dyspnée persiste et même s'accroît (il ne s'agit pas d'œdème *a vacuo*).

La percussion démontre, comme précédemment, une matité totale; le souffle subsiste et nous en trouvons un autre, de même timbre et de même intensité, dans les régions sus et sous-épineuses et dans la région hilaire du même côté.

L'examen des autres appareils est négatif; pas de métastase ni d'adénopathie.

La malade meurt quarante-huit heures après la ponction sans avoir été soulagée. Le processus avait évolué en un mois et demi environ.

Dans le cas que nous venons de décrire, il est très vraisemblable que les bruits entendus à gauche étaient propagés et marquaient le début de l'affection dont la nature doit être tenue pour un cancer primitif pleuro-pulmonaire, bien que nous n'ayons eu comme preuves aucun résultat d'examen biopsique ou nécropsique.

(OBSERVATION VII (Inédite))

Cette observation concerne un jeune homme de vingt-cinq ans, indemne de tout antécédent bacillaire personnel ou familial, examiné en octobre 1930.

Notre malade se plaint de douleur précordiale, de toux quinteuse posturale, mais sans aucune expectoration.

Il présente à ce moment-là un syndrome de pleurésie gauche avec état fébrile. On trouve les signes liquidien classiques d'épanchement moyen : 4.000 grammes environ. Les vibrations vocales sont complètement abolies, la matité ne respecte que l'aire de Traube, sonore dans presque toute son étendue, écornée légèrement dans sa partie externe.

La percussion nous montre encore que le cœur est un peu dévié vers la droite. Signe du sou positif.

Nous entendons un souffle à timbre pleurétique, une légère égophonie, mais pas de pectoriloquie aphone.

La dyspnée, très peu marquée au début (vingt respirations à la minute) avait fait différer la ponction jusqu'à la fin de la première semaine. A ce moment, en effet, la dyspnée fait son apparition, elle est très violente et s'accompagne de cyanose et de sueurs froides. Une thoracentèse est décidée, pratiquée, et aboutit à l'évacuation de 1.200 centimètres cubes de liquide nettement hémorragique. Mais elle ne diminue en rien la dyspnée qui persiste; les signes de con-

densation du poumon sous-jacent se montrent indiscutables, et la température oscille toujours au-dessus de 38°.

Au cours de la troisième semaine apparaît, du côté gauche, un héli-œdème de la base du cou, de l'épaule, du thorax, sans circulation collatérale. Les creux sus et sous-claviculaires sont effacés, contrastant ainsi singulièrement avec le côté opposé. Il apparaît ensuite dans le creux sus-claviculaire gauche un gros ganglion très induré.

A ce moment la dyspnée est à son comble, les bruits du cœur sont assourdis, le pouls devient filant.

Le malade meurt le vingt-cinquième jour de cette évolution.

Notons ici la présence, rarement signalée, d'un héli-œdème du côté de la lésion pulmonaire; d'un ganglion situé lui aussi du même côté, et enfin l'extrême rapidité de cette évolution.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Vers la fin octobre 1930, nous avons examiné un homme de soixante-trois ans, laitier, qui n'avait aucun antécédent bacillaire chez lui ni dans sa famille.

L'affection pour laquelle il vient nous consulter avait débuté deux mois auparavant par de la fièvre (38°5), de la toux et de la dyspnée.

Au moment de l'examen, nous constatons l'existence d'un épanchement pleural total à droite, s'accompagnant de tous les signes caractéristiques : vibrations vocales nulles, matité, silence, pectoriloquie aphone légère et signe du sou.

La dyspnée est intense (33 respirations par minute).

L'expectoration est constituée par du sang presque pur, mousseux et aéré. Nous constatons chez ce malade l'existence d'un héli-œdème, siégeant dans toute la partie droite du corps, respectant seulement la face et ne s'accompagnant pas de circulation collatérale.

La ponction que nous avons fait pratiquer pour essayer de soulager ce malade donne issue à 800 centimètres cubes de liquide sanglant que nous n'avons pu faire examiner. Cependant, la dyspnée persiste aussi intense, ainsi que les signes physiques de condensation pulmonaire.

Le malade meurt quinze jours après, sans avoir jamais présenté de métastase au cours de cette évolution de deux mois et demi.

La température aurait fait penser à une pneumopathie aiguë, mais les signes d'un épanchement total nous avaient rallié primitivement au diagnostic de pleurésie.

Par la suite, la présence de l'hémi-œdème, le fait de la persistance de la dyspnée après une ponction qui retire bien peu de liquide eu égard à ce que l'examen physique faisait soupçonner, tout cela nous fit poser le diagnostic de cancer primitif du poumon, bien qu'aucun examen de laboratoire ne soit venu le confirmer. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

DEUXIÈME GROUPE : *Formes parenchymateuses*

OBSERVATION IX

(M. BONNEL, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1926, p. 607.)

G..., fonctionnaire colonial, âgé de cinquante-trois ans, est entré à l'hôpital Saint-Nicolas, le 21 novembre 1925.

Antécédents : Broncho-pneumonie en 1895, opéré d'appendicite en 1900. Aurait eu autrefois une dysenterie amibienne contractée aux colonies. Rapatrié du Sénégal en octobre 1925, après un court séjour de deux mois, pour anémie, bronchite et faiblesse générale. Pas de manifestation palustre au cours de ce dernier séjour.

A son entrée à l'hôpital, G... est très anémié, toussé et accuse un point douloureux dans la région sous-épineuse droite. La toux est sèche, quinteuse et s'accompagne d'une peu d'expectoration mucopurulente non bacillifère. Il se plaint, en outre, d'étouffements. La température est de 38°5, le pouls à 110.

Auscultation : A la base droite, une zone de matité en dôme dont le sommet avoisine la pointe de l'omoplate et dont la base se confond avec la matité hépatique. Respiration diminuée à ce niveau, avec présence de râles sous-crépitaux. A l'extrême base, et seulement à ce niveau, les vibrations sont abolies et la respiration très obscure.

Sur le reste des deux poumons, surtout à droite, signes de bronchite chronique avec sclérose particulièrement marquée au sommet. En effet, on note au sommet droit de la rudesse inspiratoire avec expiration prolongée, une respiration soufflante avec retentissement de la toux, augmentation des vibrations thoraciques et submatité. A la partie moyenne, quelques sibilances et des râles sous-crépitaux disséminés. Les bruits du cœur paraissent normaux.

La rate est perceptible sur quatre travers de doigt, mais non palpable.

Le foie est légèrement douloureux et déborde de trois travers de doigt.

Traces d'albumine dans les urines, pas de sucre, pas de pigments biliaires.

Etat général très déficient. Myxœdème.

Par la suite, tous les symptômes s'accroissent. La toux et l'oppression augmentent. La température oscille entre 38°-39°. Langue saburrale, anorexie, état cachectique.

Léger œdème de la paroi au niveau de la région hépatique et basale.

Le 10 février, le malade est pris d'une sorte de vomique et expectore, à pleins crachoirs, des crachats rosés, visqueux, épais, d'aspect « gelée de groseille ».

Au point de vue cytologique, ils sont constitués par des polynucléaires, de nombreuses hématies, quelques cellules macrophages et bronchiques. Recherche du bacille de Koch négative à plusieurs reprises, même après homogénéisation. Flore microbienne peu abondante et variée.

Pour compléter ces renseignements de laboratoire, disons que le Bordet-Wassermann est négatif, la formule hémoleucocytaire est sensiblement normale, la recherche de l'hématozoaire de Laveran négative, ainsi que la réaction iodophile des leucocytes.

Examen radioscopique pratiqué par le docteur Jaques : Traînées sombres, à contours flous, diffuses dans les deux poumons. Base droite grisée, sans opacité franche et sans contours bien limités. Adénopathie hilare assez marquée.

Le malade succombe le 14 février dans un état cachectique avec symptômes de congestion pulmonaire.

Nécropsie : Léger épanchement non hémorragique dans la plèvre droite. Etat congestif de tout le poumon droit, principalement marqué à la base. Le lobe supérieur est sclérosé, sans lésion tuberculeuse apparente. A la coupe, on trouve une petite cavité béante, à parois dures, de coloration blanchâtre, et ayant les dimensions d'une noix. Le parenchyme pulmonaire environnant, sur 3 ou 4 centimètres d'épaisseur, offre une consistance et prend un aspect squirrheux. Des fragments sont prélevés à ce niveau et fixés au Bouin en vue d'un examen histologique. Les bronches laissent sourdre un liquide rosé, épais et purulent. Gros ganglion hilare, pas de foyer caséux. Foie congestionné, pas d'abcès.

Rien à signaler dans les autres organes.

Examen histo-pathologique (résumé) : Tumeur constituée par des cellules épithéliales polygonales, à noyau arrondi et volumineux.

OBSERVATION X

(D^r LEPLAT, Thèse Paris 1887-1888.)

Désiré L..., filtier, âgé de soixante-neuf ans, entre le 8 mars 1883 salle Saint-Laurent, n° 3^e. Bien portant jusque là, il fut pris, il y a quatre mois, de fièvre et de point de côté à gauche. Il interrompit son travail et resta alité pendant quatre semaines. Le malade a essayé depuis de reprendre ses occupations, sans pouvoir continuer. Il a maigri, il tousse et a presque tous les jours des crachats sanguinolents.

A son entrée, on constate : Pas de fièvre, toux, dyspnée, appétit conservé. Maigre mais pas cachectique (50 kilogrammes); sa toux et sa dyspnée le gardent constamment au lit.

A l'examen on trouve : En avant :

Inspection : Le creux sous-claviculaire droit est effacé, le creux sus-claviculaire est moins marqué que normalement et, pendant la toux, complètement comblé par le gonflement des jugulaires.

Palpation : Les espaces intercostaux sont tendus; à droite, les côtes sont comme-portées en avant.

On trouve quelques petits ganglions dans le creux sus-claviculaire.

Percussion : Matité absolue jusqu'au 3^e espace du côté droit. Absence complète d'élasticité dans cette région.

Auscultation : Absence du murmure vésiculaire et souffle dans toute la région de la matité.

La partie inférieure du poumon droit est sonore et l'auscultation n'y révèle rien de particulier.

A gauche : La respiration est rude et soufflante sous la clavicule. En arrière et à droite, on trouve à la percussion : Matité absolue du tiers supérieur, absence d'élasticité, sonorité à la base. On entend mal le murmure à la partie inférieure du poumon droit et, à mesure qu'on s'élève, la respiration devient soufflante. Ce souffle se propage en diminuant d'intensité, du hile à la fosse sous-épineuse. A gauche, on entend une respiration soufflante au hile, avec extension dans les fosses sus et sous-épineuses; mais les bruits sont beaucoup moins intenses qu'à droite.

La dysphagie apparue depuis peu va en augmentant et la cause qui la provoque paraît être au-dessous du pharynx, à la partie moyenne de l'œsophage.

Crachats muco-purulents, avec stries sanglantes, assez nombreux. Rien dans les antécédents.

Le malade, entré le 8, est pris vers le 20 de fièvre avec dyspnée progressive. L'expectoration devient plus abondante; au sommet droit, de gros râles muqueux abondants se mélangent au souffle; les bronches et la trachée sont en quelques jours envahies par des mucosités abondantes que le malade ne peut rejeter, et il succombe le 23 dans le collapsus, après asphyxie progressive.

Résumé de l'autopsie : Le lobe supérieur droit est entouré d'une épaisse coque fibreuse qui adhère fortement aux parois thoraciques dans toute l'étendue du lobe. Les deux plèvres sont confondues, formant la coque, qui atteint par endroit un demi-centimètre. A la coupe, aspect fromage de Roquefort. Mélange de parties blanches et noires ou noir bleuâtre. Ces parties blanches sont en amas plus ou moins arrondis, ou en masses parfois striées de noir. Amas abondants à la partie moyenne du lobe, au sommet et au hile. Les parties périphériques et inférieures au lobe sont infiltrées. Les bronches sont comprimées par des masses néoplasiques et leur lumière est partiellement effacée, leurs parois font corps avec la tumeur et manquent parfois. Quelques cavernules au sommet du lobe, du volume d'un pois ou d'une noisette, à parois anfractueuses.

Dans le reste du poumon droit, lésions de broncho-pneumonie. Dans le poumon gauche, adhérences pleurales et anthracosis. Cœur flasque. Rein, foie, rien à signaler.

OBSERVATION XI

· (René MIGNOT, « Le cancer primitif du poumon. Etude clinique et radiologique ». *Arch. médico-chirurgicales de l'appareil respir.*, 1926, t. I, p. 243.)

Il s'agit d'un jeune homme, vigoureux, de vingt-huit ans, qui fut pris, la nuit, en pleine santé (courant juillet 1925), d'une hémoptysie peu abondante accompagnée d'une assez vive douleur dans le côté

droit du thorax. Sa mère était morte d'un cancer du sein récidivant. Il toussait depuis plusieurs mois, avait déjà eu de petits crachats sanglants et avait déjà éprouvé quelquefois un point de côté assez violent. A ce moment, le Professeur Sargent remarque : En arrière, dans la fosse sus-épineuse droite, près de la région hilare, une légère submatité et une légère respiration soufflante, sans plus. Il pense à une hémoptysie d'alarme, révélatrice d'une tuberculose du sommet droit. Recherche du bacille de Koch : négative.

Radioscopie. — A la région hilare droite, opacité plus ou moins homogène, à contours flous, et empiétant sur le champ pulmonaire voisin.

Le malade va en Suisse à ce moment-là, on lui fait un nouvel examen des crachats, qui reste négatif. Une radioscopie montre une énorme condensation du lobe supérieur et du lobe moyen.

Il a de la fièvre : 38°, il tousse, il a un point de côté : on diagnostique une pneumonie caséuse, et il rentre en France en septembre. On lui fait une radiographie qui confirme la grosse condensation parenchymateuse.

A ce moment apparaît un réseau veineux superficiel, sur le thorax et dans la région axillaire droite, et un léger œdème élastique de la base du cou. Pendant les semaines qui suivent, les symptômes se précisent : La fièvre persiste, la toux devient fréquente et rebelle; l'hémoptysie se renouvola, peu abondante, à plusieurs reprises; la dyspnée est continue et plus vive, la douleur thoracique est assez intense. L'œdème du cou et de la face, la circulation collatérale s'accusèrent de plus en plus. Les signes physiques de condensation prenaient de l'extension, comme en témoigne l'examen radiologique.

Une ponction exploratrice négative fait éliminer un épanchement pleural. La recherche du bacille de Koch est encore négative.

L'ensemble de ces constatations écarte de plus en plus le diagnostic de tuberculose et l'oriente vers un néoplasme pulmonaire probable. L'évolution vint affirmer son existence.

La toux devint incessante et rebelle, avec expectoration muqueuse, souvent sanguinolente, voix rauque et voilée, déglutition de plus en plus pénible, dyspnée intense et continue, température autour de 38°, amaigrissement rapide.

Ce qui frappait surtout, à l'examen physique, c'était l'œdème de la face et de la partie supérieure du thorax, avec une circulation collatérale extrêmement marquée qui dessinait sous la peau du tronc et de la région axillaire un lacis veineux considérable.

Dans toute la hauteur de l'hémithorax droit, signes d'énorme condensation pulmonaire, avec matité de bois, silence respiratoire et gros souffle bronchique. La tumeur venait faire saillie à la base du cou, dans la région sus-sternale.

Absence complète d'adénopathie périphérique.

La cachexie s'installe, et le malade s'éteignit après plusieurs jours d'atroces souffrances, dans une véritable crise d'asphyxie progressive.

Evolution : Six mois.

OBSERVATION XII

(René MIGNOT, *Ibidem.*)

Un mécanicien de trente-six ans entre à l'hôpital pour état fébrile et affaiblissement général. Il tousse, il crache, il éprouve une douleur dans le côté gauche du thorax : il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Perte d'appétit, amaigrissement, asthénie, fièvre entre 38° et 39°.

On trouve à l'examen une rétraction de l'hémithorax gauche, avec diminution de l'amplitude respiratoire, matité, abolition des vibrations en avant et en arrière. Le murmure vésiculaire est diminué. Aucun bruit surajouté.

Radioscopie. — Hémithorax droit clair. Opacité de tout le champ pulmonaire gauche, la coupole diaphragmatique est noyée dans cette opacité. Le cœur est attiré nettement vers la gauche.

Le diagnostic est orienté vers une sclérose pulmonaire avec symphyse pleurale. Quant à la cause, on en incrimine tout de suite la tuberculose, mais plusieurs recherches de bacille de Koch furent négatives et on ne trouvait rien dans ses antécédents.

On aurait pu penser à la syphilis : Eruption prurigineuse à dix-huit ans, vergetures sur tout le corps. Bordet-Wassermann positif. On institue un traitement avec Quinby et novarsénobenzol, sans aucun résultat.

Durant les mois qui suivent, les signes physiques s'accroissent et on note bientôt un affaissement total de l'hémithorax gauche, avec immobilité et silence respiratoire.

Une nouvelle radio révèle une accentuation considérable de l'opacité avec déviation marquée de la trachée et de la bronche vers la gauche.

Le diagnostic de sclérose pulmonaire se confirme, mais on pense à la dilatation des bronches. On fait un lipiodol, le malade couché sur le côté gauche : Le liquide s'accumula dans la bronche souche gauche, qu'il ne dépassa pas, et fut aspiré par le côté droit : Le poumon gauche était fermé, bloqué, imperméable.

L'état général continue à décliner, l'amaigrissement s'accroît, la fièvre est toujours oscillante; le cœur commence à manifester sa souffrance dans ce bloc de sclérose.

Devant l'inefficacité du traitement spécifique et de la thérapeutique médicale, on envisage une intervention chirurgicale et on pense à une thoracoplastie avec libération des adhérences fixant le péricarde à la plèvre.

Le Professeur Tuffier intervient en juin 1925 : Le médiastin et le péricarde sont intacts, sauf adhérences avec la plèvre et le poumon, qu'il libère.

Le poumon gauche présente, dans toute sa hauteur, une consistance ligneuse; deux ponctions restent négatives. Le Professeur Tuffier pense alors à une tumeur primitive. L'opération semble soulager un peu le malade, mais il rentre un mois plus tard dans le service, ne se sentant pas très bien.

Les signes stéthacoustiques sont à peu près les mêmes. On pense à la possibilité d'un épanchement pleural, mais une ponction pratiquée reste négative.

L'état du malade va empirant; on sent, au siège de la ponction exploratrice, un petit nodule sous-cutané qui grossit. La biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome et vient confirmer l'impression du Professeur Tuffier sur la nature de la pneumopathie.

On essaie alors un traitement radiothérapique qui reste sans effet.

On n'a jamais constaté d'adénopathie périphérique; mais dans les dernières semaines apparurent des signes de métastases dans le ra-

chis, avec douleurs extrêmement violentes, irradiées en ceinture, dans le dos et dans les membres inférieurs, traduisant une compression radiculaire.

Bientôt les phénomènes douloureux prédominent, continus et paroxystiques, imparfaitement calmés par la morphine.

L'état général s'altère profondément, l'inanition fait des progrès rapides, la déglutition devient presque impossible, la dyspnée s'installe avec perte de la sensibilité des membres inférieurs, sans troubles moteurs, paralysie intestinale et paralysie vésicale.

Le malade meurt dix-huit mois après son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XIII

(LÉON KINDBERG et R. GARCIN, « Sur un cas de généralisation néoplasique à point de départ vraisemblablement pulmonaire », Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1927, p. 1437.)

Malade de soixante-seize ans, chez laquelle une légère submatité apicale gauche, avec respiration soufflante et rude sans gargouillement; quelques râles muqueux à la fin de l'inspiration avaient fait penser à une vieille tuberculose fibreuse du sommet gauche. L'absence de bacille de Koch n'avait pas surpris, étant donné le caractère faiblement évolutif de ces lésions et l'élimination capricieuse des bacilles de Koch au cours de ces tuberculoses fibreuses.

Mais trois ordres de faits retinrent cependant l'attention :

Le développement récent de ces accidents pulmonaires, datant seulement de quelques mois. Ensuite, l'importance de l'amaigrissement. Enfin, l'existence de douleurs profondes et vives dans l'épaule gauche. L'examen systématique du squelette montra une tuméfaction, véritable soufflure, de l'épine de l'omoplate à sa partie moyenne, douloureuse et de la grosseur d'un petit œuf de poule. Ainsi mis en éveil sur la possibilité de métastases osseuses d'un processus néoplasique, on découvrit une autre tuméfaction profonde du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une noisette.

Cette soufflure, complètement indolente, n'avait même pas attiré l'attention de la malade.

La radioscopie montre, au niveau de ces néoformations osseuses,

un aspect ouaté, nuageux, du squelette avec décalcification marquée

La radioscopie des poumons montre une opacité du sommet gauche, noyée dans une gangue de médiastinite.

L'autopsie révèle des adhérences très étendues des plèvres sur toute leur surface, en particulier au sommet gauche, où il faut littéralement sculpter le poumon dans une masse dure pour pouvoir l'arracher. Ganglions hilaires hypertrophiés.

Le poumon droit est semé de haut en bas de taches ressemblant aux taches de bougie du cancer secondaire du foie. La palpation fait sentir à l'intérieur du parenchyme des grains durs pseudo-granuliques. Le foie est farci de masses blanchâtres, dont un grand nombre présentent un centre hémorragique.

La rate présente un noyau néoplasique analogue à ceux du foie.

Squelette : La tumeur du maxillaire est constituée de masses blanchâtres, semées d'îlots hémorragiques. On voit la même chose à l'omoplate, mais plus hémorragiques sont ces masses.

Le crâne présente plusieurs tumeurs rougeâtres de même aspect.

Histologiquement il s'agit d'un épithélioma à grosses cellules claires, polyédriques par tassement réciproque, rappelant cytologiquement l'aspect des hypernéphromes. Au poumon, l'importance de la réaction fibreuse prend le pas sur l'épithélioma.

Ici donc, les métastases osseuses multiples ont permis d'orienter le diagnostic vers une néoplasie pulmonaire que rien, par ailleurs, ne permettait de soupçonner. Et seul, l'examen histologique a permis de reconnaître le cancer bridé dans une coque de pachypleurite non néoplasique, à l'exclusion de toute tuberculose concomitante fortuitement associée.

OBSERVATION XIV (Résumée)

MM. MERKLEN et WOLF, Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1927,
p. 1613.)

M^{me} Rim..., vingt-sept ans, mariée, vient consulter pour des hémoptysies répétées et des douleurs thoraciques.

...Cette observation a trait, en résumé, à un cancer des deux pou-

mons. Il se présentait, dans le poumon gauche, sous forme de deux blocs, le plus gros occupant le lobe inférieur, l'autre le lobe supérieur; dans le poumon droit il affectait la forme généralisée, avec aspect de type granulique. On a l'impression que la lésion du poumon droit représente une localisation diffuse secondaire aux foyers primitifs du poumon gauche.

Cliniquement, nous nous sommes trouvés en face d'un tableau de tumeur primitive pulmonaire à forme hémorragique. Pendant six mois, nous avons vu la malade cracher du sang d'une façon pour ainsi dire ininterrompue : Crachats d'apparence hémoptoïque, expectoration de sang rouge clair, mucosités bronchiques sanguinolentes. Le rejet de sang durait en outre depuis déjà de nombreux mois; il avait suffi à imposer le diagnostic de tuberculose ou de rétrécissement mitral, porté par divers médecins, sans que, cependant, rien ne pût l'autoriser.

Les hémorragies se justifient par l'histologie : Abondance des néoformations capillaires autour des nodules cancéreux, nombreux foyers de nécrose hémorragique dans ces derniers, détritits hémorragiques dans les nécroses bronchiques. Une dyspnée continue et de plus en plus pénible, des douleurs thoraciques, de la toux avec expectoration muco-purulente complétaient l'ensemble fonctionnel.

Les signes physiques étaient, par contre, des plus sommaires, ne consistant guère qu'en une certaine submatité des deux tiers inférieurs du poumon gauche. La voix était trop faible pour se transmettre; aucun souffle à l'auscultation; simple rudesse respiratoire, surtout à gauche, avec de nombreux bruits adventices.

Les signes radiologiques n'offraient rien de caractéristique.

La recherche des cellules cancéreuses dans les crachats n'a jamais rien donné. Les symptômes de cancer pulmonaire, écrit justement Ménétrier, ne prennent de signification que par leur groupement et leur évolution. Ici, les hémoptysies constituaient la note émergente du groupement.

Un autre point à signaler ici : La fièvre pour ainsi dire continue (oscillant autour de 38°); on l'attribue d'ordinaire aux infections secondaires, et il est bien vraisemblable qu'elles ont droit à la plus large part. Mais il nous semble que le cancer lui-même peut être

incriminé pour une part; on voit des cancers, tel celui du rein, fébriles pendant toute leur évolution, indépendamment de toute infection secondaire. En tout cas, la fièvre est assez habituelle au cours du cancer pulmonaire pour que, loin de le contre-indiquer, elle fortifie au contraire le diagnostic.

Notre observation comporte enfin une particularité radiologique que nous n'avons pas vue signalée : Les hiles du poumon étaient animés de battements.

Semblable phénomène se note de temps à autre au cours des lésions mitrales avec stase accusée dans la petite circulation : il existe un pouls veineux des veines pulmonaires, dont le soulèvement se transmet aux ganglions voisins.

Ici le processus est différent : Les battements cardiaques étaient transmis aux ganglions néoplasiques hypertrophiés, comme ils sont parfois transmis, suivant une donnée classique, à la masse cancéreuse pulmonaire elle-même.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr BOUSQUET.)

François L..., cinquante-neuf ans, maçon, entré à l'hôpital le 3 juin 1930, en sort le 6 juillet, non guéri, pour aller chez lui.

Transaté du service du docteur Rabère, où il est entré voilà huit jours; se plaint depuis le mois de novembre 1929 d'une série de troubles divers : amaigrissement progressif et anorexie de plus en plus marquée, tout d'abord, ainsi que quelques troubles digestifs : Constipation opiniâtre et douleurs épigastriques après les repas, comparées par le malade à des « crampes », et particulièrement violentes ces temps derniers.

Depuis la même époque, le malade, d'ailleurs vieux bronchitique, a été pris d'une toux extrêmement rebelle, fréquente, survenant par accès, souvent même très émétisante.

Il aurait, à quelques reprises, craché même un peu de sang.

En outre, depuis quelque temps, on a vu apparaître une dyspnée de plus en plus marquée, avec amorce de cornage.

Depuis un à deux mois enfin, le malade se plaint d'une vive douleur, surtout à la pression, dans l'hypocondre gauche.

Antécédents — Fièvre typhoïde à onze ans. Trachéotomisé pendant la guerre pour...

Examen, le 1^{er} juillet 1930. — L'examen du thorax révèle une immobilité presque complète de l'hémithorax droit, nettement augmenté de volume, plus globuleux, et siège d'une circulation collatérale très nette.

L'auscultation révèle à ce niveau un souffle aux deux temps, surtout expiratoire, avec maximum à la région hilare.

A la percussion : matité de bois du haut en bas du poumon.

Le poumon du côté opposé et le cœur paraissent sains. Dans la région cervicale droite, volumineuse masse ganglionnaire, bosselée, irrégulière, adhérente aux plans profonds.

Le bras droit est le siège, dans toute sa hauteur, d'un volumineux œdème par compression.

Dans l'hypocondre gauche, au niveau d'une côte, volumineuse métastase fusiforme, dure, siège d'une sensibilité exquise à la pression.

Sort le 6 juillet, emmené par sa famille, sans aucune modification de son état.

Examen radioscopique pratiqué par le Professeur Réchou. — Un coup d'œil jeté au niveau de l'appareil respiratoire montre une opacité totale et homogène, remontant jusqu'au niveau de la région sous-claviculaire de la plage droite.

Le sommet lui-même est très grisailé.

Dans cette opacité, on ne distingue aucune ombre tranchée, la limite diaphragmatique est invisible.

Cœur et gros vaisseaux un peu repoussés vers la gauche. A la plage gauche, quelques traînées scléreuses disséminées.

Chez ce malade, le diagnostic de cancer du poumon fut dicté par : la dyspnée, l'adénopathie, la présence d'une métastase. L'œdème du bras, l'amorce de cornage et la circulation collatérale traduisaient l'atteinte du médiastin, vérifiée à la radioscopie.

OBSERVATION XVI

(Publiée par M. le Professeur agrégé CREYX, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1921, p. 545.)

La malade est une femme de cinquante-quatre ans, chez laquelle une sarcomatose pulmonaire bilatérale fut étiquetée d'abord pleurésie double, ensuite double spléno-pneumonie.

Deux ans avant son entrée dans le service du Professeur Arnozan, la malade avait dû subir une hystérectomie subtotale pour fibrome. L'intervention eut un plein succès et fut suivie d'une longue période de santé parfaite.

Ce n'est que depuis trois mois environ qu'elle est atteinte de dyspnée progressive qui l'oblige à se faire hospitaliser maintenant, et qu'au début son médecin avait mise sur le compte d'une congestion pulmonaire *a frigore*.

Voici le résumé de l'examen : Dyspnée impressionnante, allant jusqu'à l'orthopnée (56 respirations à la minute); cyanose, refroidissement des extrémités. Expectoration très rare, séro-muqueuse, jamais sanglante, absolument normale au point de vue microscopique. Signes classiques de double épanchement pleural abondant, plus important à gauche toutefois.

Des ponctions exploratrices répétées demeurent sans résultat : on retire à gauche un peu de sang spumeux provenant du poumon où l'aiguille, enfoncée profondément, a pénétré. On croit à un épanchement bloqué; même insuccès en utilisant le procédé de la double aiguille.

On pense alors à un syndrome de condensation pseudo-pleurétique (spléno-pneumonie) mais de caractère inflammatoire, vu l'état fébrile. Un tel diagnostic se défend d'autant mieux qu'aucune adénopathie n'est perceptible, que tout symptôme de compression médiastinale fait défaut, qu'en dehors des poumons, tous les autres organes semblent indemnes.

La nécropsie a infirmé le diagnostic, en montrant : Le poumon gauche presque totalement engainé par une gangue jaunâtre, dure, lardacée, adhérente en certains points à la paroi thoracique, et par endroits offrant sur la coupe un aspect de chair musculaire. Le pou-

mon droit est envahi, dans son tiers inférieur seulement, par une masse analogue, mais présentant à la coupe, en plein parenchyme, plusieurs noyaux de la grosseur d'une pomme, donnant l'apparence de petits fibromes et s'énucléant facilement.

A l'examen histologique, M. le Professeur Sabrazès a diagnostiqué : Sarcome à cellules polymorphes, avec nombreux lacs sanguins sans parois propres.

OBSERVATION XVII

(D^r HUGUENIN, Thèse de Paris 1928, p. 204.)

M. K..., cinquante-huit ans, médecin, habite la Syrie depuis de longues années. Voici six mois qu'il tousse beaucoup; cette toux exaspérante, rebelle, souvent quinteuse, ne ramène qu'une expectoration minime, légèrement purulente. Le malade a même présenté durant ce temps plusieurs hémoptysies, dont une assez abondante. Il a maigri légèrement, mais est loin d'offrir un aspect cachectique.

A l'examen physique : Un syndrome cavitairé, à droite, au-dessus du hile, avec souffle et gros râles humides, gargouillements à l'auscultation.

L'examen des crachats ne montre ni bacille de Koch, ni amibes. Mais, par contre, il existe dans le sang une notable éosinophilie (3 %); aussi, devant ces signes, et bien qu'il n'y ait pas d'histoire nette de rejet de membranes hydatiques dans l'expectoration, on accepte volontiers le diagnostic du malade, qui se croit atteint de kyste hydatique du poumon droit.

La radioscopie paraît d'ailleurs conclure nettement en faveur de cette hypothèse, et les radiographies montrent une cavité intra-pulmonaire à parois épaisses, à centre absolument clair, qui répond en arrière aux 5^e, 6^e et 7^e côtes du côté droit. Le contour de cette cavité est si nettement tracé qu'on croit pouvoir considérer comme certain le diagnostic de kyste hydatique.

Le malade se sent de plus en plus fatigué; il est surtout exaspéré par une toux rebelle, incessante, que rien ne parvient à calmer, qui lui « arrache la poitrine », survient par crises subintrantes certains jours, déterminant une cyanose et une angoisse extrême : et le malade réclame à tout prix une opération.

Le Professeur Lecène intervient le 16 septembre 1924 : Sous anesthésie générale au chloroforme, résection des 6^e et 7^e côtes en arrière, à droite, très près de l'angle costo-vertébral. A ce niveau, elle est soudée et, sous les adhérences, on voit une masse dure, intra-pulmonaire.

Une ponction exploratrice ne ramène que quelques gouttes de muco-pus. La cavité intra-pulmonaire est ouverte en sectionnant au galvano-cautère la coque, très épaisse, et l'on tombe dans une cavité grande comme un œuf de poule qui contient des dépôts bigarrés, grisâtres, mais rien qui rappelle une membrane hydatique. Le diagnostic de néoplasie est certain, mais, pour le confirmer, on prélève un fragment de la poche. On se contente de tamponner à la gaze. Suites favorable, le malade sort, opératoirement guéri, le 31 décembre 1924.

La cavité résultant de la résection des deux côtes est comblée presque complètement : on a fait d'ailleurs, en novembre et décembre, six séances de radiothérapie pénétrante. A la suite, le malade s'est senti beaucoup mieux; il toussait moins; l'expectoration diminuait d'abondance, l'état général était meilleur. A ce moment, une nouvelle radiographie montre une ombre plus étendue, à contours plus flous, mais qui est quasi-réduite à un anneau et le centre est presque clair.

Le malade peut retourner en Syrie; mais en mars 1925, il succombe à une brutale et très abondante hémoptysie.

Examen histologique (résumé). — Epithélioma franchement malpighien, spino-cellulaire, qui, d'abord circonscrit, s'est secondairement excavé.

OBSERVATION XVIII

(MM RÉMOND et MÉRIEL, *Ars Medica*, p. 22-25. Barcelone, janvier 1929.)

C. J..., trente ans, comptable. Rien à signaler dans les antécédents personnels ni héréditaires. D'apparence robuste et de bonne santé habituelle. Pendant la guerre, avait été prisonnier pendant un an en Allemagne et son état général se ressentait de la mau-

vaie alimentation et des privations. En bonne santé jusqu'à il y a trois ans.

En 1925, étant employé à Clermont-Ferrand, se plaint de l'existence d'une grosseur dans la région axillaire droite, près du bord du grand dorsal. Quelque temps après, un examen radioscopique parut montrer une opacité dans la région scapulaire droite. Nous n'avons pu préciser davantage ce point. Venu à Toulouse en 1926, il souffrait de difficultés pour respirer, il toussait par accès, sans expectoration purulente, mais avec des accès fébriles chaque soir; un spécialiste de Toulouse, consulté, soupçonne une tuberculose du sommet droit et fait une analyse de crachats qui reste négative. Le docteur Escande pratique une nouvelle radioscopie qui montre, de même, une opacité du sommet droit.

Un deuxième consultant examine le malade et soupçonne lui aussi une tuberculose pulmonaire : Un nouvel examen de crachats reste toujours négatif. Malgré cela, on fait suivre un traitement antituberculeux pendant un mois.

A la suite de ce traitement et du repos auxquels fut soumis le malade, son état reste stationnaire.

La toux persiste, sèche et quinteuse, avec aucune ou une très rare expectoration. Matité à la percussion de la zone sus-épineuse droite, douleur à la pression digitale. La température se tient, le soir, aux environs de 38°.

Il est examiné par le Professeur Rémond, qui demande un nouvel examen radiologique avec radiographie. Le docteur Marquès fait cette radiographie qui montre l'image caractéristique d'un kyste hydatique du poumon droit. Ce résultat concordait avec celui des précédents examens, seulement ceux-ci avaient noté une opacité du sommet droit sans préciser l'existence d'une image régulière, de contours arrondis, « comme tracée au compas », telle que nous permettait de l'étudier le cliché qui nous fut présenté.

La conséquence de cette image radiographique, qui reproduisait exactement l'aspect radiologique d'un kyste du poumon — tel que le décrit Béclère — fut qu'on ne maintint pas le diagnostic de tuberculose pulmonaire et qu'on posa celui de kyste hydatique qui paraissait s'imposer.

La réaction de Weinberg fut négative.

L'éosinophilie était douteuse.

Le Bordet-Wassermann négatif.

Le Professeur Mériel, appelé à voir le malade en janvier 1927, constate que la région scapulaire était augmentée de volume, douloureuse à la palpation, mate à la percussion; qu'il y avait de l'obscurité respiratoire dans toute cette région et que l'on entendait quelques frottements pleuraux à mesure qu'on s'approchait de la base.

Une autre radiographie pratiquée à ce moment par le docteur Sirol montre le même aspect de masse régulièrement arrondie et de contours nets, comme tracés au compas.

La seule différence appréciable entre les deux clichés est que dans le second l'image est plus volumineuse, paraissant traduire ainsi une augmentation de la tumeur.

Sans hésiter, nous voulûmes contrôler cette constatation par un nouvel examen radioscopique fait par nous-mêmes en position oblique et, en faisant varier cette position, nous vîmes que cette image ne se modifiait pas et, de plus, qu'elle était peu mobilisée par la respiration et la toux.

Une nouvelle épreuve de Weinberg reste aussi négative. On ne fit pas d'intra-dermo-réaction de Casoni.

Et, c'est avec ce diagnostic de kyste hydatique que nous avons opéré le malade le 16 janvier 1927. Anesthésie par le mélange de Schleich, incision en U qui embrassait toute la partie saillante de la tumeur, dont le volume était celui du poing d'un enfant. Le tracé transversal de l'incision descendait jusqu'à la 8^e côte. Le large lambeau supérieur comprenait toutes les parties molles sus-jacentes au gril costal, et fut rejeté sur la nuque. Nous avons réséqué largement les 4^e et 5^e côtes droites, étant surpris de la fragilité de ces fragments osseux. La brèche ouverte nous amenait sur la tumeur, qui formait corps avec la plèvre et adhérait fortement à la profondeur.

De consistance dure, on ne trouve de fluctuation en aucun point de cette tumeur. Nous plantâmes une aiguille en deux endroits différents et seul en sortit du sang. Nous nous trouvions en présence d'une tumeur solide et non liquide, comme la radiographie l'avait

fait penser. De plus, la palpation de la tumeur rompit la capsule et nous découvrîmes un tissu friable et qui saignait facilement. On recueillit deux fragments de cette tumeur pour examen histologique. Le diagnostic de tumeur maligne, d'aspect sarcomateux, remplace en notre esprit de façon définitive celui de kyste hydatique. A cause de l'extension incontrôlable de cette tumeur, qui contre-indiquait une lobectomie, et à cause, également, des accidents opératoires possibles (hémorragie opératoire, collapsus cardiaque), nous décidâmes de ne pas pousser plus avant la tentative opératoire et nous avons refermé la plaie, non sans avoir fait un bon tamponnement, avec de la gaze, de la surface saignante de la tumeur. Nous avons rabattu le lambeau, le suturant avec du crin, sauf à sa partie inférieure, afin de laisser passer les mèches hémostatiques.

Suites opératoires normales, sauf deux accès fébriles dus à la rétention intestinale. La plaie mit trois mois à se fermer.

L'état général se rétablit lentement avec le régime et le retour à la montagne. On soumettait le malade à des séances hebdomadaires de radiothérapie profonde, qui paraissait améliorer la dyspnée qui avait persisté depuis l'intervention.

Le cinquième mois après l'opération survint une hémorragie abondante par la fistule qu'avaient laissée les mèches, au même moment se produit une hémoptysie. Ces deux incidents furent vite arrêtés par la médication hémostatique interne. Sans raison, un mois et demi après, survint une nouvelle hémorragie au niveau de la plaie, qui céda seulement à la compression.

Continuant les séances de radiothérapie, on constate une notable amélioration tant de l'état local que général. L'appétit se conserve longtemps.

La situation s'aggrave en automne, la température reste entre 38°-39°9 et le pouls est rapide. Les crachats sanglants sont, chaque mois, plus nombreux. Au niveau de la plaie, la tumeur profonde persiste et devient plus douloureuse; le malade ne peut rester allongé ni se mettre en décubitus droit.

Les séances de radiothérapie sont maintenant inopérantes. D'ailleurs, le malade ne peut se rendre lui-même à la cabine de radiothérapie.

Son état s'aggrave de jour en jour et il meurt fin février 1928, treize mois après l'opération.

L'examen histologique des fragments prélevés montre que nous avons affaire à un sarcome à petites cellules. Ce fait correspondait bien à ce que nous avons trouvé macroscopiquement au moment de l'opération et à la marche clinique.

(OBSERVATION XIX (Inédite))

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CREYX.)

M. H..., cinquante-six ans, est examiné par nous le 17 janvier 1929 parce que son état général aurait décliné depuis quelques mois et qu'il se dit « court d'haleine ».

Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Lui-même, toujours un peu touseur, attribue cette anomalie à l'abus du tabac. Il n'a jamais eu de maladie bien définie jusqu'en 1927, où il fit une petite atteinte de grippe, accompagnée de fièvre éphémère. C'est depuis cette date qu'il y a eu recrudescence de son oppression; il aurait, à cette époque, émis quelques crachats légèrement teintés de sang. Son poids était alors de 84 kilogrammes; le jour de l'examen il n'est plus que de 71 kilogrammes.

Vers le milieu d'octobre 1928, le malade se trouvait à la chasse : ayant marché beaucoup, il fut surpris par la pluie; le soir, en rentrant chez lui, il ressentit un frisson, toussa et émit une expectoration muqueuse.

H... paraît avoir un bon état général, mais il est facilement essoufflé; il éprouve spontanément et à la pression une douleur assez vive au niveau de la partie antérieure du 4^e espace intercostal droit; cette douleur ne s'irradie pas, cependant le malade prétend que depuis le début, tout récent, de son apparition, elle s'est légèrement déplacée de haut en bas. Au niveau de la zone douloureuse, on ne constate ni déformation, ni mouvement d'expansion, ni œdème, aucune trace de circulation collatérale complémentaire.

A la palpation, on décèle une abolition presque complète des vibrations thoraciques, tant à l'endroit du foyer douloureux, que dans un territoire le débordant en bas de quatre travers de doigt, et s'étalant largement vers la ligne axillaire.

La percussion indique là un gros foyer de matité et l'auscultation une abolition du murmure vésiculaire, sans égophonie, sans pectoriloquie aphone et sans signe du sou.

A la partie postérieure de l'hémithorax droit, dans la zone de projection du foyer antéro-latéral pathologique, on ne perçoit à l'auscultation qu'une légère diminution du murmure vésiculaire, sans autre élément du syndrome physique.

Il semble, tant en avant que sur la partie latérale, que le foyer est limité vers le bas par une petite bande sonore, aux confins de laquelle, vers le haut, on trouve une couronne de râles secs et muqueux de faible volume.

Dans tout le reste de l'étendue du poumon droit, la respiration peut être considérée comme normale. Il n'y a aucune expectoration. Rien de spécial du côté du cœur et des vaisseaux, les deux poulx sont égaux et synchrones. Tension artérielle au Pachon : Mx 17, Mn 10, Io 3.

Rien non plus du côté du système ganglionnaire.

On relève enfin l'existence d'un léger état fébrile oscillant du matin au soir de 37°3 à 38°3.

Le malade nous soumet une épreuve radiographique, datant du 19 décembre 1928, qu'il a fait faire, et que nous reproduisons ci-joint (cliché n° I). On trouve une masse assez régulièrement arrondie et homogène, donnant lieu à une ombre suspendue très nette, confinant à l'ombre cardio-aortique, mais indépendante d'elle; la radioscopie, paraît-il, n'y décelait aucune expansion.

En confrontant les éléments radiographiques et les éléments cliniques, trois hypothèses étaient possibles : Kyste hydatique, interlobite suppurée, ou cancer.

C'est pour mieux nous orienter dans le champ de ces hypothèses que nous avons fait pratiquer quelques examens de laboratoire complémentaires dont voici le résultat :

1° Numération globulaire :

Globules rouges.....	4.870.000
Globules blancs.....	8.000

2° Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	74 %
— éosinophiles.....	0

Polynucléaires basophiles.....	0
Lymphocytes.....	12 %
Moyens monos.....	8 %
Monos à noyau lobé.....	6 %

3° Taux d'hémoglobine : 88 %.

4° Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Réaction de Weinberg-Parvu négative.

Le malade ayant émis deux crachats, leur examen ne montre rien de spécial : crachats glutineux, épais et blanchâtres; mucus filamenteux très abondant, retenant de rares éléments cellulaires : leucocytes polynucléaires neutrophiles et cellules épithéliales du type bronchique de remplacement.

Recherche du bacille de Koch négative.

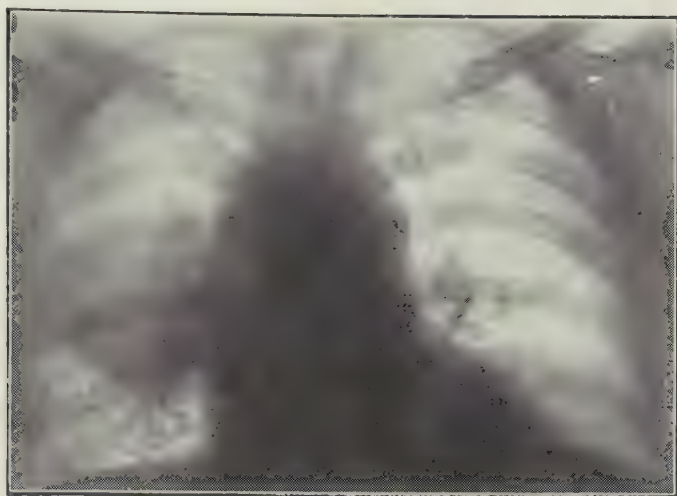
Flore microbienne moyennement abondante : cocco-bacilles du type Pfeiffer, mêlés çà et là de quelques diplocoques du type pneumocoque. Aucun élément parasitaire, en particulier pas de crochets d'échinocoque.

L'hypothèse de kyste hydatique étant écartée, celle de l'interlobite suppurée demeurerait peu probable, car on n'aurait pu rattacher une telle affection qu'à une pneumopathie aiguë plus ou moins récente, et la vomique n'aurait pas tardé à signer sa nature.

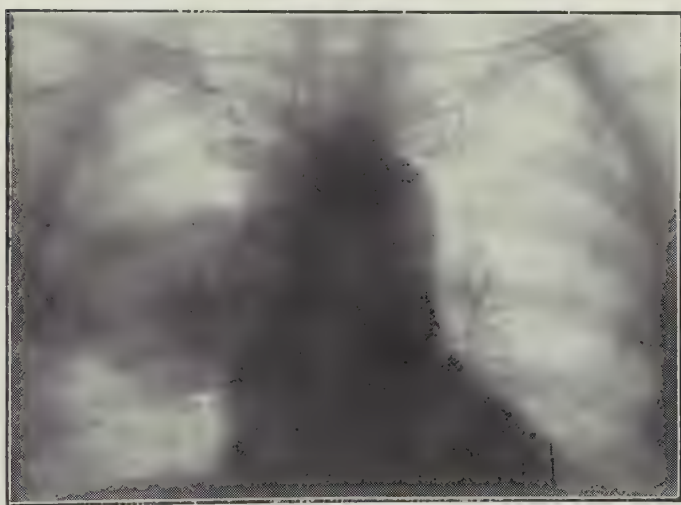
L'éventualité du cancer semble, évidemment, être la plus probable. Aussi avons-nous interrogé, cinq jours après notre examen (le 22 janvier 1929), une nouvelle épreuve radiographique qui, à notre grande surprise, montra que l'ombre suspendue initiale n'avait pas augmenté dans ses dimensions par rapport à la première image que nous avions aperçue un mois auparavant.

Toutefois, l'homogénéité de l'ombre est plus marquée et la teinte de l'ombre elle-même plus foncée, ce qui indique une évolution progressive vers la condensation (cliché n° II).

Trois mois après ces constatations, dans le courant du mois d'avril, le malade présente, dans le 4° espace intercostal droit, une saillie non pulsatile non expansible, dont un fragment sous-jacent à la paroi prélevé pour une biopsie montre : Epithélioma à évolution épidermoïde procédant par plages et îlots cellulaires, limités par de fins tractus collagènes. D'apparence épithéliale, ces cellules



I. — Observation XIX, 19 Décembre 1928.



II. — Observation XIX, 22 Janvier 1929.

sont très irrégulièrement calibrées, les noyaux sont monstrueux, les mitoses anormales. Il semble que l'on ait affaire à un épithélioma d'origine bronchique.

Le malade succomba peu après.

TROISIÈME GROUPE : *Formes médiastino-pulmonaires*

Nous rapportons ci-dessous deux observations de cancer médiastino-pulmonaire où le tableau clinique est identique, à quelques nuances près : Un amaigrissement progressif, inexplicable, des douleurs névralgiques et osseuses intenses, fugaces, mais généralisées, furent les deux seuls symptômes qui finirent le devant de la scène.

Dans les deux cas, l'autopsie montra une néoplasie pulmonaire avec dissémination secondaire au foie, au rein, à la surrenale, même aux muscles, et surtout une atteinte osseuse particulièrement étendue.

Ces deux observations ont été publiées par MM. Læper et Garcin, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (1927, p. 1225).

OBSERVATION XX (Résumée)

Homme de quarante-trois ans. Avait fait une chute l'année précédente et avait été commotionné assez sérieusement, mais avait pu reprendre son travail.

Douleurs dans les membres, la colonne vertébrale et dans la nuque, d'intensité croissante; spontanées et continues, elles empêchaient tout repos. La mobilisation des divers segments des membres se fait normalement, sans augmenter sensiblement les douleurs.

On notait de plus des douleurs profondes, osseuses, au niveau des régions lombaire et cervicale.

Les réflexes tendineux étaient tous diminués; liquide céphalo-rachidien normal.

A la radioscopie, on constate une atteinte osseuse, décelée par une opacité inégale. Sacralisation de la 5^e lombaire.

Aucun signe pulmonaire. Température oscillant autour de 38°. Micro-poly-adénopathie généralisée. Diminution de clarté du lobe supérieur du poumon droit à la radioscopie. Expectorations à peu près nulle, qui ne renferme aucun bacille de Koch.

Le foie augmente de volume, les réflexes s'abolissent tous, sauf les réflexes achilléens.

Le malade meurt après avoir maigri de 22 kilogrammes en trois mois.

Autopsie. — Volumineuse tumeur médiastinale, dure, lardacée, à noyaux viscéraux multiples.

Examen histologique (résumé). — La tumeur n'est ni un sarcome ni un lymphadénome; elle présente un aspect épithélial.

OBSERVATION XXI (Résumée)

La malade est une jeune fille de vingt-quatre ans, qui entre à l'hôpital pour amaigrissement, toux, légère température. Son facies rappelle celui des tuberculeux. A l'auscultation, rien, sauf une légère diminution de la respiration aux sommets.

Expectoration nulle.

La malade accuse une douleur dans la région sacro-iliaque droite. Le signe de Lasègue est positif. Cette jeune fille se plaint ensuite de douleurs dans les articulations coxo-fémorales, puis dans les genoux, sans aucune réaction synoviale.

Les douleurs deviennent de plus en plus vives, se généralisent à tout le thorax et ont un maximum atroce au sternum.

A la radiographie on note l'absence de densification pulmonaire; le squelette sterno-costal présente des altérations radiographiques légères que l'on interprète comme autant de foyers de bacillose osseuse.

La maladie évolue pendant deux mois, aboutissant à une véritable cachexie; la température, jusqu'ici instable, va s'élever à 40° en même temps qu'apparaît un purpura intense et généralisé.

La mort survient deux jours après avec des signes d'infection grave : l'hémoculture décèle du streptocoque.

Autopsie. — Volumineuse tumeur médiastinale envahissant le sternum; noyaux dans tous les organes.

Localisation dans le pariétal droit.

Examen histologique (résumé). — La tumeur est un épithélioma à petites cellules.

CONCLUSIONS

I. — Si l'on méconnaît assez fréquemment le cancer primitif du poumon, c'est que cette affection est peu fréquente, et que les syndromes qui l'extériorisent possèdent une grande variabilité.

II. — Ces syndromes, qui paraissent toutefois pouvoir se réduire à trois schémas, semblent se superposer assez nettement aux lésions et pouvoir se ranger sous trois chefs :

Syndrome pleuro-pulmonaire.

Syndrome parenchymateux.

Syndrome médiastino-pulmonaire.

III. — Il importe de considérer, dans chaque syndrome, *certaines discordances* d'éléments et quelques *groupes de signes* qui présentent une importance révélatrice.

IV. — Parmi ces *discordances*, nous citerons :

1° Dans le syndrome pleuro-pulmonaire : la *faible quantité* d'un épanchement pleural qui se révèle considérable à l'examen; la *persistance de la dyspnée* après la ponction évacuatrice.

2° Dans le syndrome parenchymateux : *l'abolition des vibrations vocales*, que l'on s'attendrait à trouver exagérées.

V. — Les groupes de signes les plus importants sont : L'adjonction à l'un des tableaux précités de l'*hémi-œdème thoracique*, *a fortiori* de l'*hémi-œdème généralisé*, ainsi que des adénopathies caractéristiques.

Mais indépendamment des caractères négatifs de certaines réactions biologiques, ce sera surtout *l'image radiologique pseudo-kystique* qui offrira les plus fermes raisons d'affirmer le néoplasme, lorsqu'elle se présentera *sans homogénéité* et qu'elle se montrera *extensive* dans l'intervalle de deux examens

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
D^r R. CRUCHET.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 décembre 1930.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMEUILLE. — Formes cliniques du cancer pulmonaire. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, 1^{er} mars 1930, p. 262.
- AMEUILLE et HUGUENIN. — Diagnostic de caverne cancéreuse. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 16 décembre 1929, n° XXXIII, p. 1401.
- ARCE, MAZZA et BALADO. — Un cas de cancer primitif du poumon. *Bol. inst. de clin. quir.* Buenos-Aires, 1925, t. I, p. 29.
- AVIOLAT. — Cancer du poumon. Thèse de Paris 1861.
- BABONNEIX, HUGUENIN et WIDIEZ. — Un cas de cancer du poumon. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3 février 1928, p. 138.
- BARJON. — Radio-diagnostic des affections pulmonaires, 1916.
- BEL. — Cancer primitif du poumon. *Med. clin. M. Amer.*, Philadelphie, 1926, p. 887.
- BERNARD. — Le sarcome primitif du poumon et sa généralisation cardiaque. Paris, L. Arnette, 1926.
- BERNARD (G.). — Le sarcome primitif du poumon. Thèse de Paris 1925.
- BERNARD (Léon) et Julien MARIE. — Formes pseudo-pleurétiques. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 décembre 1929, n° XXXIV, p. 1419.
- BERNARD (P.). — Etude sur les néoplasmes primitifs multiples. Thèse de Paris 1898, n° 312.
- BERNHEIM et SIMON. — Cancer primitif du poumon. *Revue méd. de l'Est*, 1886, p. 452.
- BEZANÇON, AZOULAY et DURUY. — Forme cavitaire du cancer primitif du poumon gauche simulant un abcès. Diagnostic à l'autopsie. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 30 décembre 1929, n° XXXV, p. 1478.
- BEZANÇON et DE JONG. — Traité de l'examen des crachats, Paris, 1912.
- BONNEL. — Cancer épithélial primitif du poumon. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926, p. 507.

- BONNER. — Cancer primitif du poulmon. 6 cas avec autopsie. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 5 avril 1930, p. 1044.
- BOUFFLERS. — Contribution à l'étude de la gangrène pulmonaire, consécutive à des néoplasmes primitifs ou secondaires de cet organe. Thèse de Paris 1893, n° 34.
- BOCAGE. — Contribution à l'étude des tumeurs primitives du poulmon d'origine conjonctive. Thèse de Paris 1904, n° 391.
- BRUN. — Deux cas de cancer primitif du poulmon. *Arch. Surgery*, Chicago, 1926, t. XII, p. 406.
- CAMO-ABDON. — Cancer du poulmon. Thèse de Paris 1873.
- CAMPATELLI. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du poulmon et leur traitement. *Tumori*, Roma, 1926, t. XII, p. 144.
- CAUSSADE, SURMONT et LACAPÈRE. — Sur un cas de cancer du poulmon. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 31 juillet 1925, p. 1232.
- CHAUVIN. — De la forme pleurétique sans épanchement du cancer du poulmon. Thèse de Paris 1896.
- CLAISSE. — Diagnostic précoce du cancer du poulmon par l'étude histologique des crachats. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1899, p. 46.
- COTTIN (M^{lle}), GRAMER et SALOZ. — Diagnostic des néoplasmes primitifs du poulmon. *Annales de médecine*, VIII, n° 6, décembre 1920, p. 433.
- COTTENTOT (Paul). — Les aspects radiologiques de la région hilare normale et pathologique. *Arch. méd. et chir. de l'appareil respiratoire*, 1926, p. 431.
- CREYX. — Diagnostic du cancer du poulmon. Etude clinique et critique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 décembre 1921, p. 543.
- DAROLLES. — Cancer pleuro-pulmonaire. Thèse de Paris 1887.
- DAVYDOFF. — Fréquence du cancer primitif du poulmon. *Klin. méd.*, n° 10, 19 avril 1929, p. 620.
- DIEULAFOY. — Des pleurésies hémorragiques. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883.
- DUPONT (Ch.). — Une statistique sur les associations du cancer et de la tuberculose. Thèse de Paris 1924, n° 603.
- DURAND. — Les épithéliomas primitifs du poulmon. *Arch. méd.-chir. de l'appareil respiratoire*, 1926, p. 263.
- ECKELOFF. — Cancer primitif du poulmon. Un cas. *Vratch. Diélo*, 15 mai 1928, t. II, p. 696.

- GARNIER, CATHALA, OUMANSKY et CHÊNE. — Cancer pulmonaire. Aspects radiologiques. Image en cadre. *Bull. et Mém. Soc. des Hôp. de Paris*, 29 juillet 1927, p. 1318.
- GERMAIN SÉE. — Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon. Paris 1885, p. 471.
- GOUIN. — Coïncidence et rapports de la tuberculose pulmonaire avec le cancer. Thèse de Paris 1878.
- GUILLEMOT A. BOSCO. — La contorsion homolatérale comme signe séméiologique dénonciateur de tumeurs malignes des voies respiratoires inférieures. *Presse médicale*, 26 juin 1929, p. 831.
- GROVE et KRAMER. — Cancer primitif du poumon. 24 nécropsies, 3 biopsies. *Am. J. Med. Sc.*, Chicago, 1925, t. CLXIX, p. 648.
- HAMPELN. — Symptomatologie et diagnostic du cancer primitif du poumon. *Mittel. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd 31 1919, n° 5.
- HANF (Dora). — Zur Frage der Zunahme der Lungenkrebse in der letzten Jahren. *Virch. Arch.*, Bd. 264, H. 2, 1927, p. 366.
- HARADA. — Deux cas de cancer primitif dérivés de l'apex. *Gann. Jap. Journ. Cancer Research*, Tokyo, 1924, t. XVIII, p. 40.
- HOMANN. — Symptômes, diagnostic et pronostic du cancer primitif du poumon. *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderch*, 35, 1929, p. 206.
- HUGUENIN, PISSAVY et BLANCHE. — Un cas de cancer du poumon. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 14 janvier 1927, p. 7.
- HUGUENIN et DECOURT. — Epithélioma alvéolaire de la partie antérieure du poumon. *Annales d'anat. pathologique*, IV, février 1927, p. 197.
- HUGUENIN. — Formes anatomo-cliniques : Un cas de cancer du poumon. *Bull. de l'Assoc. française pour l'étude du cancer*, XVII, juin 1928, p. 393.
- Le cancer primitif du poumon. Etude anatomo-clinique. Thèse de Paris 1928.
- HUGUENIN et ROUSSY. — Classification clinique et anatomique du cancer primitif. *Ann. d'anat. pathologique*, V, juillet 1928, p. 713.
- KAMENEFF. — Diagnostic pendant la vie. *Voprosy Tuberck*, juin 1929, t. VII, p. 699.
- KIEBER (Eugénie). — De la pleurésie non hémorragique dans le cancer pleuro-pulmonaire. Thèse de Paris 1898.
- KINDBERG (Léon) et GARCIN (R.). — Sur un cas de généralisations néoplasiques à point de départ vraisemblablement pulmonaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 28 octobre 1927, p. 1437.

- KRAMPF. — Cancer des poumons simulant un abcès. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, décembre 1923, t. CXCIV, p. 128.
- LAËNNEC. — Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur. Paris, 1826, II^e édition, p. 505.
- LARDILLON (G.). — Contribution à l'étude du cancer du poumon. Cancer des bronches. Thèse de Lyon 1903, n° 20.
- LEPLAT. — Etude sur le cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Thèse de Paris 1887, n° 243.
- LEVÈRE. — Cancer broncho-pulmonaire primitif. Thèse de Montpellier 1900, n° 84.
- LICHTY, WRIGHT et BAUMGARTNER. — Cancer primitif du poumon. 17 cas. *J. Am. Med. Assoc.*, Chicago, 1926, t. LXXXVII, p. 144.
- LOEPER et GARCIN. — Un cas de cancer primitif du poumon à forme anatomique pseudo-tuberculeuse. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 30 juillet 1926, 3^e série, p. 1387.
- LOEPER et GARCIN. — Cancer du poumon à forme osseuse et douloureuse. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 22 juillet 1927, p. 1225.
- MALASSEZ. — Examen histologique d'un cas de cancer encéphaloïde du poumon. *Arch. de physiologie normale et pathologique*, 1876, p. 333.
- MAURAT. — La fièvre dans le néoplasme. Thèse de Montpellier 1907, n° 30.
- MEDINAVEITIA. — Cancer pulmonar. *Archivos de med. cir. y especialidades*, Madrid, 28 avril 1923.
- MERKLEN et WOLF. — Cancer pulmonaire primitif à forme hémorragique. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 9 décembre 1927, p. 1613.
- MICHELEAU. — Sur trois cas cliniquement primitifs du cancer du poumon. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril 1927, p. 329.
- MIGNOT. — Le cancer primitif du poumon. Etude clinique et radiologique. *Arch. méd.-chir. de l'appareil respiratoire*, Paris, 1926, t. XLI, p. 1318.
- MOSES. — Primary carcinoma of the Lung. *Am. Journ. Med. Sc.*, 1923, p. 102.
- MOUTARD-MARTIN. — Etude sur les pleurésies hémorragiques. Thèse de Paris 1878.
- NICOLAS. — Les tumeurs épithéliales primitives des bronches. Thèse de Nancy 1900, n° 27.

- O'DONNELL. — Notes sur deux cas de lympho-sarcome du poumon. *Medical Press*, Londres, 1926, n. s. CXXII, p. 414.
- OLMER et BRAHIC. — Un cas de cancer caverneux. *Gazette médicale de France*, n° 2, 15 juin 1930, p. 1, VIII.
- PERDREAU. — Etude clinique du cancer pleuro-pulmonaire. *Arch. méd. d'Angers*, juillet 1926, p. 401.
- PHÉLIP et GRENAUD. — Un cas de cancer primitif du poumon. *Presse méd.*, 28 août 1929, p. 1119.
- PIERQUIN et RICHARD. — La roentgenthérapie pénétrante dans les tumeurs du médiastin. *Arch. méd.-chir. de l'appareil respiratoire*, 1926, p. 412.
- PIETER HERIBERTO. — Etude d'un cas de cancer primitif du poumon, suivie d'autres cas, et de quelques considérations sur les néoplasmes en général. Paris, 1923, n° 1, 34 p., in-8°.
- PORTES. — Cancer primitif du poumon. *Trans. Chicago Path. Soc.*, 1919, t. XI, p. 326.
- RABASTÉ. — Diagnostic du cancer du poumon. Thèse de Paris 1877.
- RAMOND. — Le cancer du poumon. *Cliniques médicales pratiques*, 1^{re} série, 1923, p. 72.
- RANDOLPH. — Cancer primitif du poumon. *Southwest med. Phoenix*, Arizona, 1923, t. IX, p. 248.
- RÉMOND et MÉRIEL. — Fausse image kystique donnée par les rayons X dans le cancer primitif du poumon. *Ars Medica*, Barcelone, janvier 1929, p. 22.
- RIBÉREAU. — Formes pseudo-phymiques du cancer pulmonaire primitif. Thèse de Bordeaux 1903, n° 2.
- ROLLAND. — Diagnostic du cancer du poumon. *Prat. méd. française*. Paris, 1924, t. III, p. 1011.
- RONDEAU. — Contribution à l'étude des cancers primitifs du poumon et de la plèvre. Thèse de Paris 1903.
- ROUBIER. — Cancer cavitare. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 octobre 1929, p. 645.
- ROUSSEL (Alain). — Abscès du poumon et pleurésie interlobaire. Thèse de Bordeaux 1929.
- SABRAZÈS et MURATET. — Cancer épithélial mucipare du poumon avec épanchement pleural séro-mucineux. Société de Biologie, 7 avril 1906.
- SARTORARI. — Sur un cas de sarcome primitif du poumon. *Tumori*, Roma, 1923, 24, t. IX, p. 413.

- SERGENT. — Etudes cliniques et radiologiques des maladies de l'appareil respiratoire. Paris, 1922.
- SERGENT et DURAND. — Un cas de cancer primitif du poumon. *Revue médicale française*, avril 1929, p. 309.
- SHERMANN. — Cancer primitif du poumon. *California and West. Med.*, janvier 1927, p. 40.
- SMITH (R. E.). — Etiologie du cancer primitif. Recherches expérimentales et cliniques. *J. Cancer Research*, juin 1928, p. 134.
- SPILLMANN et HAUSHALTER. — Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1894, p. 373.
- STOKES. — Recherches sur la pathologie et le diagnostic du cancer du poumon et du médiastin. *Dublin Journal of Med. Sciences*, 1842. Traduit par H. Roger, dans les *Arch. gén. de méd.*, 1842, t. XIV, 3^e série, p. 304.
- TRIVINO. — Dos casos de cancer primitivo del pulmon. *Arch de med. cir. y especialidades*, Madrid, 23 avril 1923.
- TROISIER. — Pleurésie hémorragique primitive terminée par guérison. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1888.
- TROISIER et MONNEROT-DUMAINE. — Sur la forme suppurative du cancer broncho-pulmonaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 décembre 1929, n^o XXXIV, p. 1424.
- VEDEL et JAMBON. — Cancer primitif du poumon. *Bull. Soc. des Sc. méd. et biologiques de Montpellier*, 1925-1926, VII, p. 478.
- WELLS et CANNON. — Cancer primitif du poumon après trauma. *Arch. Path.*, avril 1930, p. 869.
- WILLIAMSON. — Deux cas de cancer primitif du poumon. *Med. clin. North America*, juillet 1928, p. 41.

